

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 10

LA
RÉINFECTION SYPHILITIQUE
ET EN PARTICULIER LA
RÉINFECTION EN COURS DE TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 novembre 1930

PAR

Auguste PAN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PLOUNÉVEZ-QUINTIN (Côtes-du-Nord), le 16 septembre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	Président.
		DUPÉRIÉ, professeur.....	{ Juges.
		DAMADE, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0112

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 10

LA
RÉINFECTION SYPHILITIQUE
ET EN PARTICULIER LA
RÉINFECTION EN COURS DE TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 novembre 1930

PAR

Auguste PAN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PLOUNÉVEZ-QUINTIN (Côtes-du-Nord), le 16 septembre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUPÉRIÉ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		DAMADE, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	N.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. co oniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CRÉVYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	GAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Humble témoignage de ma grande reconnaissance et de ma fidèle affection.

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

AUX MIENS — A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOULIA.

*Professeur agrégé de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Bordeaux.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Troupes coloniales.*

*Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,*

Officier de l'Instruction publique.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

La publication de ce travail marque la fin de notre vie d'étudiant. Mais avant d'accomplir le dernier acte de notre scolarité, nous avons un devoir bien agréable à remplir.

Notre reconnaissance ira d'abord à notre mère, dont la vie de travail et de dévouement sera pour nous un précieux exemple au cours de notre carrière médicale.

Nous adresserons également nos respectueux hommages aux Maîtres de la Faculté et des hôpitaux qui ont contribué à nous instruire. Leurs nombreux et savants conseils nous ont guidé et encouragé pendant nos études.

Que M. le Professeur agrégé Joulia, MM. les Docteurs David-Chaussé, Lecoulant et Cazenave veuillent bien trouver ici l'expression de notre gratitude, tant pour leur enseignement que pour les observations qu'ils ont eu l'amabilité de nous communiquer.

Enfin, nos remerciements iront surtout à M. le Professeur Petges, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous fait le grand honneur de la présider.

Nous tenons à lui témoigner notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours reçu dans son service et aussi pour les observations des plus intéressantes qu'il a bien voulu nous donner.

LA

RÉINFECTION SYPHILITIQUE

ET EN PARTICULIER LA

RÉINFECTION EN COURS DE TRAITEMENT

INTRODUCTION

Les idées sur la syphilis se sont, depuis quelques années, considérablement modifiées. Le diagnostic précis et précoce, d'une part, et, d'autre part, le traitement énergique qu'il est actuellement possible d'instituer dès la période présérologique nous permettent d'envisager sa curabilité, cette guérison qui naguère, avant l'apparition des arsénobenzènes, était une utopie.

Aussi n'est-il plus rare de voir un sujet précédemment atteint de syphilis primaire se présenter avec une nouvelle lésion, semblable en tous points à un accident primitif, survenue dans des conditions identiques à tout chancre induré, après l'incubation normale, avec une adénopathie satellite caractéristique, et subissant la même évolution.

On parle alors de réinfection, c'est-à-dire d'une nouvelle

inoculation de syphilis survenue chez un syphilitique. Est-ce bien une réinfection? Une étude plus détaillée de l'évolution de la première syphilis, du nouveau syphilome et de ses conditions d'apparition, sera nécessaire pour bien poser le diagnostic et éliminer la superinfection et surtout la pseudo-réinfection.

Avant d'aller plus loin, définissons ces termes, réinfection, superinfection, pseudo-réinfection.

Qu'entend-on par réinfection?

Il s'agit de l'apparition d'une nouvelle syphilis, débutant comme il convient par un chancre induré ayant tous les caractères de l'accident primitif légitime, survenue dans des conditions telles que l'on est autorisé à croire à une nouvelle infection de syphilis primaire, d'un véritable début d'une syphilis nouvelle, comme si l'organisme ayant perdu l'immunité était redevenu réceptif à la syphilis. L'idée de réinfection implique donc celle de guérison de la première syphilis et la perte de l'immunité qu'elle confère.

On parle de superinfection quand on observe une nouvelle infection syphilitique débutant par une lésion plus ou moins semblable à un accident primitif survenue après une période d'incubation variable chez un sujet antérieurement syphilitique, mais non stérilisé de sa première syphilis. C'est l'apparence formelle d'un accident primitif, d'un chancre syphilitique légitime survenu chez un syphilitique latent ou évoluant.

Qu'entend-on par pseudo-réinfection?

C'est la manifestation d'une infection à tréponèmes, d'origine endogène, appartenant en réalité à la période secondaire; manifestation cutanée ou muqueuse d'aspect plus ou moins chancriforme de la période secondaire ou secundo-tertiaire chez un malade insuffisamment traité.

Nous verrons le plus souvent la réinfection se produire alors que le syphilitique n'est plus en traitement. Dans des cas beaucoup plus rares, elle se produira en plein traitement, ce qui pourra nous laisser sceptique quant à l'efficacité d'un traitement préventif ou nous conduire à envisager la résistance du germe aux médicaments.

Ayant défini ces états nouveaux ou à peine vieux de quelques années en syphiligraphie, nous nous proposons dans cette thèse d'étudier d'abord la réinfection en dehors du traitement, avec sa pathogénie, le diagnostic différentiel et les conditions actuelles de cette réinfection. Nous étudierons ensuite le cas particulier de la réinfection observée en cours de traitement. Sa pathogénie nous permettra d'envisager le problème du traitement prophylactique de la syphilis et la résistance des tréponèmes au mercure, au bismuth et surtout à l'arsenic. Il serait vain de prétendre mettre au point une question aussi discutée et dont la solution est si complexe. Nous chercherons simplement à dégager des faits notés dans les quelques observations que nous publions une conclusion pratique : c'est que la syphilis est guérissable ou que les choses se passent théoriquement et pratiquement comme si elle était guérissable, puisqu'il existe des cas de réinfection.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'impossibilité de constater un chancre syphilitique authentique chez un sujet déjà contaminé constituait naguère un dogme classique : on admettait cependant la réalité de quelques rares exceptions.

L'idée de réinfection syphilitique n'est pas en effet nouvelle. On en a cité des cas dès l'apparition de la maladie en Europe, c'est-à-dire dès la fin du x^ve siècle, alors que sévissait la grande épidémie. Au cours du xvi^e siècle, A. Lecocq, en 1540, Bartholoméo Maggi, en 1550, l'admettent sans hésitation, et Brassavole va jusqu'à dire qu'une première syphilis prédispose à une seconde. Jusqu'au xix^e siècle, c'est un fait reconnu par tous et auquel on n'attache pas une grande importance. Mais avec ce siècle nous arrivons à Ricord, qui, en 1836, nie la guérison et nie la réinfection. Les méthodes thérapeutiques lui apparaissent insuffisantes pour guérir la syphilis. Il affirme : « Un malade qui a eu une première fois un chancre induré n'en a pas deux ; il est faux qu'on puisse entasser vérole sur vérole. » Cette opinion du grand maître de la syphilis est partagée par d'autres auteurs, et à sa suite, Rollet, en 1865 ; Vénot (de Bordeaux), admettent formellement « l'unicité de la réaction chancreuse » ; pour eux, les soi-disant réinfections des anciens ne seraient que des chancroïdes, des pseudo-chancres.

Cependant, Diday, en 1862, dans un mémoire des *Archives générales de médecine* publie quatorze observations de réin-

fection et conclut : « La réinfection prouve la guérison, donc la syphilis est curable radicalement. De 1862 à 1886, il ne cessera de lutter contre les partisans de la non-réinfection. A la même époque, des Belges, Bosset, en 1863; le professeur Troisfontaines, de Liège, en 1884, s'intéressent à la question et adoptent les mêmes conclusions. Quelques auteurs russes, Pospelow, en 1890, et surtout Tarnowsky, en 1898, après l'avoir niée, reviennent sur leur opinion : « La syphilis peut se doubler, disent-ils, rarement sans doute, mais par conséquent peut guérir par régime et traitement convenables. » A côté de ces réinfectionnistes, nous trouvons Hudélo, qui, en 1891, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, signale tous les cas de réinfection publiés jusqu'à ce jour, les examine très minutieusement, très sévèrement même, et en reconnaît à peine neuf. Il conclut à la persistance de l'immunité syphilitique pendant toute la vie et à l'extraordinaire rareté des réinfections, si toutefois elles existent.

Avec le ^{xx}e siècle, nous arrivons à Fournier, qui, en 1902, déclare « qu'il n'a jamais vu de réinfection et que toutes les observations publiées sont critiquables et nullement convaincantes. Il classifie sous le nom de « redux » ce qui se dénommera « pseudo-réinfection », lorsqu'il s'agira d'accidents du genre primaire.

Ainsi, tour à tour admise puis niée, la réinfection va, avec le début du ^{xx}e siècle, entrer dans une période nouvelle. La découverte du tréponème par Schaudinn, en 1905; la connaissance des réactions sérologiques, et surtout la découverte des arsénobenzènes par Ehrlich et Hata, en 1910, viennent modifier et l'évolution de la syphilis, jusqu'alors traitée par le mercure, et les dogmes du passé. On entrevoit la curabilité habituelle de la syphilis. De nombreuses expériences vont être faites. On étudie l'immunité à toutes les étapes de la maladie, de son début à sa terminaison, et on adopte, comme dans la tuberculose, le mot « allergie ». C'est entrevoir ce que, peu de temps après, on appellera « superinfection ».

Cependant, les non-réinfectionnistes défendent âprement

leurs théories. On parle de « réinduration » de « pseudo-chancres » de Fournier et surtout de « superinfection ». Dorénavant, les discussions porteront sur trois termes : « réinfection, superinfection, pseudo-réinfection ».

Les auteurs se mettent facilement d'accord sur la pseudo-réinfection, sur le chancre redux de Fournier, récidive *in situ* du chancre initial. Il ne reste qu'à s'entendre sur la réinfection et la superinfection.

Quelques expérimentateurs : MM. Sabaréanu et Quentin, en 1905, dans leur thèse inspirée par M. Queyrat, démontrent qu'un sujet déjà syphilitisé se montre réceptif vis-à-vis des réinoculations pendant dix à douze jours encore à partir du premier syphilome. M. Marcel Pinard, en 1910, dans sa thèse, met au point, en se basant sur de nombreuses observations, la question de la superinfection.

M. Mendès da Costa, d'Amsterdam, publie, en 1913, un travail : *Infectio secunda syphilitica*, dans lequel il étudie la possibilité d'une seconde infection après la guérison de la première, mais il a soin de préciser qu'il n'existe aucune preuve clinique ni sérologique de guérison. Il admet surtout la possibilité de la superinfection et pose ensuite l'axiome suivant : « Dans la réinfection, il faut prouver qu'il n'existe plus de symptômes de la première syphilis; dans la superinfection, il faut prouver, au contraire, l'existence de symptômes de la première syphilis. »

A partir de 1914, de nombreuses publications se succèdent aussi bien en France qu'à l'étranger. Chaque théorie conserve ses partisans. On précise les conditions de la réinfection.

Pour Hell, pour Hecht, la réinfection existe, mais elle est rare, elle n'est qu'une probabilité, non une preuve de guérison. Pour le Professeur Tommasi, de Turin, la syphilis est une maladie curable, mais la guérison n'est pas démontrable cas par cas et elle ne peut être diagnostiquée que par un ensemble de probabilités. Au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Bruxelles, en 1926, de nombreuses discussions sur la réinfection et la superinfection n'amènent pas un accord entre les partisans des deux théories.

Enfin, en août dernier, à Copenhague, on se montre moins sévère et on tend de plus en plus à admettre la réinfection. De nombreux cas de réinfection ont été cités depuis quelques années, et leur nombre s'accroît avec toutes les apparences de vérité; cependant, le problème reste toujours posé et est loin d'être scientifiquement résolu.

CHAPITRE II

LA REINFECTION EN DEHORS DU TRAITEMENT

L'exposé historique précédent a permis de voir l'évolution des idées au sujet de la réinfection dans la syphilis. On l'a d'abord trop affirmée. Les anciens syphiligraphes prenaient pour un nouveau chancre dû à une nouvelle infection ce que aujourd'hui nous appelons « chancre redux », « papules solitaires indurées », pseudo-chancres », « papules chancriformes », « réinduration », qui, au point de vue clinique, ont une grande analogie avec l'accident primitif. Ces différentes manifestations de la syphilis ne sont que des récidives locales causées par la reviviscence des spirochètes enkystés dans des foyers anciens : ce sont des « pseudo-réinfections ». Les observations publiées sont critiquables et les partisans actuels de la réinfection ne les invoquent pas à l'appui de leur théorie.

Mais quand on a parlé de superinfection, on a alors trop nié la réinfection, on a trop nié la guérison de la syphilis devant l'impossibilité de donner une preuve de la stérilisation complète de l'organisme.

Sans tomber dans l'excès contraire et dire que toute personne qui présente un deuxième accident chancriforme ayant les caractères d'un accident primitif est un cas de réinfection syphilitique, nous croyons pouvoir admettre le fait, en l'entourant de toutes les garanties pratiquement possibles, que la syphilis peut guérir et qu'un malade bien traité n'est pas à l'abri d'une réinfection, car les cas de réinfection existent et deviennent de plus en plus nombreux, depuis l'apparition des arsénobenzènes.

Séparer la superinfection de la réinfection est théoriquement impossible, puisque nous n'avons aucun critère absolu de guérison et que nous n'entrevoyons pas la possibilité d'en avoir.

On a dit : « Réinfection, donc guérison certaine. » — « Guérison, donc réinfection possible. »

Sur quoi se base-t-on pour affirmer que la réinfection est preuve de guérison? Reconnaissons-le et avouons que nous sommes incapables, de manière scientifique, de dire si un syphilitique est guéri. Ni les commémoratifs, ni les signes cliniques, ni les tests de laboratoire ne peuvent rien affirmer; ils ne nous donnent que de fortes présomptions en faveur de la guérison. Nous n'avons aucun argument mathématique qui montre qu'un syphilitique est guéri de son infection. Il nous est donc difficile de dire où commence la réinfection et où finit la superinfection. Dans la réinfection, nous devons prouver que la première syphilis n'existe plus; dans la superinfection, il faut prouver au contraire l'existence de cette première infection. Ce sont deux faits bien délicats à affirmer et l'absence ou la présence d'infection n'est pas toujours démontrable.

« Rien, absolument rien, dit M. R. Bernard, ne nous permet d'affirmer que les tréponèmes de la première infection ne se mettront pas un jour à retravailler pour leur propre compte, et lorsqu'on cite la réinfection comme preuve de guérison, il faut bien se dire qu'une superinfection reste toujours à supposer. Comment est-il possible de prétendre que la réinfection dans la syphilis exige, comme condition préalable, la guérison d'une première infection et, inversement, sur quoi se base-t-on pour affirmer que la réinfection est preuve de guérison? Nous croyons, dit-il, que la superinfection ne finit pas et que la réinfection ne commence jamais. »

Nous ne pouvons pas séparer la réinfection de la superinfection, mais il faut admettre que pratiquement la deuxième syphilis se comporte comme si elle évoluait sur un terrain absolument sain, exempt de toute trace d'une première infection.

A côté de ces discussions théoriques, il y a un point clinique,

c'est celui qui consiste à différencier la réinfection de la pseudo-réinfection. Nous verrons, en faisant le diagnostic différentiel de ces deux cas, combien ardu est le problème et qu'il peut laisser bien souvent dans le doute le clinicien le plus averti.

Pathogénie de la réinfection.

Deux choses dominent toute la pathogénie :

- A. — La perte de l'immunité dans la syphilis, ou tout au moins un fléchissement suffisant qui permet une réinoculation;
- B. — La guérison de la syphilis, puisque, par définition, la réinfection implique la guérison.

A. — L'IMMUNITÉ.

« L'immunité syphilitique, disait Hudelo en 1891, ne prend jamais fin; elle persiste pendant toute la durée de l'existence du porteur. »

Depuis lors, bien des modifications ont été apportées à cette doctrine.

L'immunité du syphilitique vis-à-vis de la syphilis n'est pas aussi solide qu'on le croyait autrefois; la syphilis évolue d'elle-même toujours vers un même but qui est, soit une guérison, soit une atténuation considérable de sa virulence et de sa malignité. Cette guérison spontanée dépend du degré d'immunisation dont l'organisme se montre capable, car, dans la lutte contre la syphilis comme dans la lutte contre toute infection, un rôle d'importance capitale doit être attribué à côté du traitement à la défense propre de l'organisme.

Dans les maladies exanthématiques, la guérison n'implique pas la perte de l'immunité, celle-ci persistant, mais s'atténuant cependant quelque peu après la disparition du germe. Dans la syphilis, il en est tout autrement et l'immunité est liée à la présence du parasite et cesse avec la guérison complète.

« L'immunité dans la syphilis n'est pas une immunité vraie, mais une immunité liée à l'infection et qui dure tant qu'il y a infection. » (M. Mario Truffi.)

Nous pouvons donc admettre que, contrairement à ce qui se passe dans des maladies telles que la rougeole et la scarlatine, où l'on affirme une guérison complète alors qu'elles confèrent une immunité totale, dans la syphilis, immunité et guérison marchent de pair et ne peuvent être séparées.

Cependant la question de l'immunité ne peut se résoudre par une réponse absolue. Il y a des degrés dans cette immunité : c'est ce que prouvent les réinoculations dont les résultats ont été soit positifs locaux, soit positifs avec généralisation. La distinction entre la superinfection et la réinfection résiderait précisément dans cette différence d'évolution; dans le premier cas, lésions abortives locales sans retentissement ganglionnaire, sans signe de diffusion générale; dans le second cas, reproduction exacte de la véritable infection syphilitique avec toutes ses manifestations et toutes ses étapes y compris le passage de la négativité à la positivité sérologique. On peut établir un parallèle entre ces faits et ceux qui se passent dans la tuberculose lorsqu'à un animal on fait des inoculations en série de bacilles tuberculeux. L'évolution des lésions qu'elles produisent nous montre l'état d'allergie du sujet. Or, dans la syphilis, immunité et allergie peuvent se confondre.

Expérimentalement, l'immunité a été étudiée du début à la fin de la maladie. On est arrivé à produire une deuxième infection à tous les stades de la syphilis et Lipskeroff cite le cas d'un tabétique que l'on put réinoculer. La réinoculation réussit d'autant mieux que la syphilis est plus ancienne et elle se manifeste presque toujours par des lésions correspondant à l'âge de la syphilis primitive. M. Mario Truffi, de Padoue, au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Copenhague, en août 1930, a donné les conclusions suivantes au sujet de l'immunité dans la syphilis :

- a) L'immunité conférée par une première infection de syphilis n'est pas complète.

- b) Dans la période de première incubation, peuvent s'établir des conditions d'immunité incomplète.
- c) Dans la période de deuxième incubation, l'immunité va progressivement en augmentant; la lésion de réinoculation offre, dans la première partie de la période, le type du chancre induré; vers la fin, elle a tendance à prendre l'aspect d'une papule. L'incubation en est généralement raccourcie et son évolution abortive.
- d) Pendant la période des manifestations générales, l'état d'immunité est plus accentué. La réinoculation détermine souvent un accident papuleux.
- e) Pendant la latence, l'immunité, très prononcée dans les premiers temps, subit dans la suite une atténuation; on peut avoir alors des accidents de réinoculation plus profonds et aussi des manifestations de diffusion à distance.
- f) Les téguments de la période tertiaire réagissent presque toujours très vivement à la réinoculation. L'immunité montre une considérable atténuation.

Ainsi, en résumé, pendant la période primaire l'immunité est incomplètement constituée. Elle augmente progressivement pendant la période secondaire et s'atténue au cours de la période tertiaire.

A côté de cette immunité en relation avec une infection acquise, il faut envisager l'immunité donnée par une infection congénitale. Elle n'est pas toujours très active, car de nombreux hérédo-syphilitiques non traités contractent la syphilis comme des individus sains.

Il nous suffit de prendre pour exemple les populations de l'Afrique du Nord, chez lesquelles il existe un fort pourcentage d'hérédo-syphilitiques et où l'on constate cependant un grand nombre d'infections acquises.

Facteurs agissant sur l'immunité.

- a) Le temps;
- b) Le traitement.

a) *Le temps.* — Le temps a une grande importance dans le

fléchissement de l'immunité, et un rôle capital doit lui être attribué du côté du traitement, car il existe entre le temps et le traitement des rapports qui, pour n'être pas mathématiques, n'en ont pas moins une grosse importance.

b) *Le traitement.* — En pratique, nous n'attendrons pas l'action du temps pour faire disparaître l'immunité; nous appliquerons à nos malades, le plus tôt possible et d'une manière intensive et prolongée, un traitement qui contribuera à lui seul à faire baisser jusqu'au seuil réceptif le potentiel syphilitique.

Si, à l'heure actuelle, on cite de nombreux cas de réinfection; à quoi le devons-nous? Qu'y a-t-il eu de radicalement changé en syphiligraphie depuis vingt ans? Qu'y a-t-il donc eu qui ait précédé de si peu la plus grande fréquence des cas de réinfection qu'on puisse établir entre ces deux faits des relations de cause à effet? C'est la découverte d'Ehrlich, le traitement de la syphilis par les sels arsenicaux. Grâce à eux, il nous est en général possible de faire cicatriser les lésions avec rapidité et d'empêcher la syphilis de se généraliser si le traitement est institué de manière suffisamment précoce.

A côté des sels arsenicaux, il faut citer le mercure et surtout les sels de bismuth, qui rendent de grands services.

Le traitement sera mixte, institué si possible dès l'apparition du chancre; il sera intensif et prolongé pendant plusieurs années, et, de cette façon, l'immunité très incomplète qui existe à la période primaire et présérologique disparaîtra rapidement, et, avec cette extinction de l'immunité, surviendra la guérison. Ce résultat est difficile à atteindre dans les périodes consécutives de la maladie, et il l'est d'autant plus que la syphilis est plus ancienne.

B. — LA GUÉRISON DE LA SYPHILIS.

La guérison ne peut être affirmée d'une manière scientifique, mais, en médecine, il n'y a rien d'absolu. Pour juger de l'action du temps et du traitement sur la disparition de

l'immunité et sur la guérison, nous avons, à défaut de preuves mathématiques, la clinique et les réactions sérologiques, qui nous donneront assez de présomption en faveur de la guérison.

a) *La clinique.* — « La clinique serait le meilleur des contrôles des résultats obtenus si elle ne demandait l'épreuve du temps... Il serait absurde, à l'heure actuelle, d'attendre les résultats d'une grossesse malheureuse ou favorable, la naissance d'un enfant sain pour juger d'un traitement antérieur. » (1).

La syphilis a cette particularité de rester pendant des périodes quelquefois assez longues à l'état de latence sans que le moindre symptôme puisse être soupçonné. Aussi, bien qu'en médecine la clinique conserve toujours ses droits, en matière de syphilis elle demande à être confrontée avec les réactions sérologiques, qui, moins sûrement peut-être, mais plus précocement, nous permettront d'envisager une guérison complète.

b) *Les réactions sérologiques et en particulier le Bordet-Wassermann.* — Les réactions sérologiques pratiquées dans le sang seraient des preuves excellentes de guérison ou de non-guérison de la syphilis si elles étaient spécifiques. Or, elles ne le sont pas. Elles n'ont rien de tout à fait absolu dans leurs résultats, et elles ne nous permettent pas d'affirmer indubitablement la présence ou l'absence de syphilis.

La réaction de Bordet-Wassermann en particulier et ses dérivées, si elles se montrent positives à la période secondaire avec une fréquence de 98 p. 100, à la période tertiaire nous ne trouvons plus qu'une proportion de 50 p. 100. Il ne faut donc pas conclure :

Réaction positive = Présence de syphilis;

Réaction négative = Absence de syphilis.

Cependant, il ne faut pas en venir à douter de l'importance

(1) Professeur Petges, *Lutte contre la syphilis. Les traitements actuels de la syphilis.* (Conférence faite aux Journées médicales de Bordeaux le 5 novembre 1928.)

d'une réaction qui a fait faire de grands progrès dans le diagnostic et dans le traitement de la syphilis.

Pour avoir une valeur vraiment pratique et pour devenir une présomption en faveur de la guérison, la réaction de Bordet-Wassermann doit être faite à intervalles assez rapprochés, après chaque cure de traitement, et si elle persiste dans sa négativité nous sommes pratiquement obligés d'en tenir compte.

Une fois le traitement terminé, et afin de voir si la syphilis n'est pas à l'état latent, nous aurons recours à la « Réactivation de Milian ». 30 centigrammes de novarsénobenzol injectés par voie intraveineuse suffiront en cas de syphilis à l'état de sommeil pour rendre positive la réaction sérologique.

Est-il nécessaire de pratiquer la réaction dans le liquide céphalo-rachidien ? La ponction lombaire n'est pas exempte de difficultés et même de danger ; en dehors de la répugnance que les malades éprouvent à s'y soumettre, du repos qui la suit, il faut reconnaître qu'elle donne des cas de mort, rares il est vrai, et qu'elle est souvent à l'origine de certains maux (céphalée, vertiges, vomissements) qui condamnent le malade au lit et à l'immobilité pendant plusieurs jours. Pour avoir une présomption plus forte en faveur de la guérison, elle paraît nécessaire, mais, pratiquement, nous nous contenterons des résultats de la réaction dans le sang, et ceci au grand soulagement du malade.

Diagnostic différentiel.

A. — LA SUPERINFECTION.

Les quelques considérations déjà envisagées au sujet de la superinfection ont montré qu'il est quelquefois difficile de faire un diagnostic différentiel entre la superinfection et la réinfection, et que ce diagnostic demeure purement théorique. En effet, un contact contaminant, une incubation de durée classique, l'abondance des tréponèmes dans la sérosité du

second chancre, une adénopathie nettement perceptible, des accidents secondaires se trouvent aussi bien dans la réinfection que dans la superinfection; et tant que la guérison ne sera pas prouvée d'une manière scientifique, la question ne sera pas tranchée.

En faveur de la superinfection, nous avons le développement d'une syphilis récente chez une personne présentant des phénomènes de syphilis tardive; nous avons encore la syphilis binaire de Tarnowsky, c'est-à-dire une seconde infection survenant chez des sujets atteints de syphilis congénitale.

En faveur de la réinfection, nous n'avons rien de précis. Mais plaçons-nous à un point de vue pratique et considérons un syphilitique pris à la période présérologique, soigné d'une manière intensive et prolongée, et chez lequel nous avons toutes les apparences d'une guérison probable. Si, chez ce malade, nous voyons apparaître une nouvelle infection, ne sommes-nous pas en droit de dire, bien que la guérison ne puisse être prouvée, que nous sommes en présence d'une réinfection? Ne soyons pas trop rigoristes, appliquons le terme de réinfection à de pareils cas et celui de superinfection à ceux où l'on peut encore affirmer cliniquement la présence de la première syphilis.

B. — LA PSEUDO-RÉINFECTION.

Un autre diagnostic pratiquement plus important est celui consiste à différencier le chancre de réinfection ou de superinfection des pseudo-réinfections, qu'il s'agisse de chancre redux, d'accident chancreiforme ou de papule indurée.

Le « *chancre redux* » est une syphilide chancreiforme appartenant à la période secondaire et due à une reprise d'activité de la syphilis par insuffisance du traitement ou par résistance à un médicament.

Le chancre redux se développe exactement sur la cicatrice du premier chancre; sa couleur est « jambon »; ses bords sont peu ou pas décollés; l'induration de l'accident primitif, qui n'a jamais complètement disparu, est prise pour une induration nouvelle due à un deuxième chancre; la douleur à la

palpation est nulle; l'adénopathie affecte la forme de l'adénopathie primitive, et l'examen de la sérosité à l'ultramicroscope montre des tréponèmes. Mais ce chancre se développe dans un délai assez court, de quelques semaines à quelques mois, parfois un an après la cicatrisation du premier syphilome, et très exactement, comme nous l'avons déjà dit, sur la cicatrice de cette lésion. Son apparition précède de peu une éruption généralisée. Il faut donc chercher d'autres syphilides sur la peau, sur les muqueuses, et pratiquer un examen complet et minutieux du malade, appareil par appareil, fonction par fonction.

Les réactions sérologiques sont en général positives dès l'apparition du chancre redux, alors que dans un chancre de réinfection elles restent négatives pendant vingt jours environ après le début de la lésion.

Quant aux causes qui engendrent l'apparition de ce phénomène, elles sont nombreuses. Il faut d'abord que le traitement ait été insuffisant pour permettre la pullulation *in situ* des tréponèmes ou il faut qu'il y ait une résistance de la syphilis à un médicament, en général à l'arsenic.

Une influence traumatique; un coït, même exempt d'une contagion nouvelle, est souvent à l'origine du chancre redux, et c'est ce qui peut rendre le diagnostic incertain, ou encore quelque processus inflammatoire ou infectieux se développant à son voisinage. Son apparition peut être également spontanée.

La « *papule indurée* » présente une grande ressemblance avec le chancre primitif; elle survient tantôt après une cure intense, principalement avec du 914, tantôt sans aucun traitement préalable; elle est accompagnée parfois non seulement d'une adénopathie régionale, mais de syphilides de types divers, tantôt agglomérées autour de la papule, tantôt généralisées. Elle s'observe la plupart du temps sur les amygdales et elle renferme des tréponèmes (1).

(1) Professeur G. Mestchersky, Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Copenhague, août 1930.

L'accident chancriforme débute par un noyau d'induration profond, s'ulcère secondairement et reste bien plus infiltré que l'accident primitif, son apparition n'est pas suivie d'éruption généralisée. La séro-réaction est très souvent positive.

Conditions actuelles de la réinfection.

Quelles sont, à l'heure actuelle, les conditions que l'on est pratiquement en droit d'exiger pour que l'on puisse dire qu'il y a réinfection ?

M. R. Bernard en donne quinze, qu'il est très difficile de réunir.

M. Carle, de Lyon, en donne six, que nous croyons suffisantes et que nous adopterons :

1° Certitude de l'authenticité de la première syphilis.

Cette condition, en général très facile à obtenir, est par définition à la base de toute réinfection.

2° Certitude du contact contaminant et de la période d'incubation du deuxième accident.

L'idéal serait de pouvoir confronter le contamineur et le contaminé, ce qui éviterait souvent de classer les cas de récédive dus à l'action traumatique du coït dans ceux de réinfection, ou inversement.

La période d'incubation est souvent impossible à connaître, soit parce que le malade ne se souvient pas exactement de la date de son dernier coït, soit qu'il ait un intérêt quelconque à tromper le médecin qui le soigne, soit encore qu'il ait eu de nombreux rapports avec différentes personnes à des dates variant de quatre mois à quatre jours avant l'apparition de sa lésion.

3° Caractères classiques du chancre.

Il faudra, ainsi que nous l'avons déjà développé, établir le diagnostic différentiel entre l'accident primitif et les récédives. Nous nous baserons cliniquement sur la couleur chair musculaire de l'exulcération à fond propre. Sur la localisation du nouveau chancre qui sera différente de celle du premier, sur

l'induration, sur la palpation indolore sur l'adénopathie satellite car le « Préfet de l'aine » a gardé la place prépondérante que lui avait assignée Ricord. Nous ferons un examen microscopique de la sérosité de grattage du chancre, examen qui devra montrer des tréponèmes. Nous pratiquerons systématiquement une réaction de Bordet-Wassermann; dans le cas d'une réinfection, la réaction sera négative dans les vingt premiers jours après l'apparition du chancre. Cette négativité du Bordet-Wassermann au cours des premiers jours consécutifs à l'apparition du second syphilome, et qui devient positif par la suite, constitue un fait important qui acquiert de la valeur alors que la séro-réaction peut s'effectuer à une époque suffisamment éloignée du développement du chancre.

4° Un traitement intensif suivi à la période présérologique, ou tout au début de l'infection et répété par la suite, ou encore quelques années de traitement régulier sans accident, la réaction de Bordet-Wassermann restant toujours négative à la suite de ces traitements.

5° Ou un temps suffisant pour faire disparaître l'immunité même après un traitement modeste.

Ces deux dernières conditions découlent de la pathogénie de la réinfection. Toutes deux agissent sur l'immunité et contribuent à la faire disparaître, donc à guérir la première infection.

6° Apparition des accidents secondaires dans les délais réguliers et de forme classique.

Cette sixième condition est certainement le meilleur certificat que l'on puisse donner à la réinfection. C'est la preuve que nous nous trouvons en présence d'une nouvelle infection évoluant comme la première.

Mais, en pratique, nous n'attendrons pas l'apparition de ce dernier critère et nous traiterons le malade de façon aussi précoce que possible.

Conduite à tenir en présence d'une réinfection.

Le diagnostic d'une réinfection implique la reprise immédiate du traitement. Cette deuxième infection ne diffère en rien d'une syphilis évoluant sur un organisme absolument sain. Le traitement sera précoce, intensif, prolongé et mixte. Ainsi nous aurons des chances de pouvoir guérir une deuxième fois cette maladie.

Observations.

OBSERVATION I (Textuelle).

(In thèse de M. TRIAUD, Bordeaux, 1919.)

M. D..., employé de bureau, 25 ans, se présente à notre consultation le 29 mai 1913. Il a une maîtresse, avec laquelle il vit depuis six mois environ. Au cours d'un voyage, fin mars 1913, il a plusieurs rapports avec une femme connue dans un café-concert. Vingt-cinq jours après environ, il constate une ulcération du sillon balano-préputial située à l'angle du frein. Il se soigne seul, conseillé par un pharmacien, par application d'iodoforme, pendant un mois. Pendant les quinze premiers jours après l'apparition de l'ulcération, il a des relations avec sa maîtresse.

Etat actuel (le 29 mai 1913). — Gros chancre induré du sillon balano-préputial, gros comme un haricot, présentant, quand le malade découvre le gland, un relief très notable, à l'angle gauche du frein, à cheval sur le gland, le sillon balano-préputial et le prépuce. Induration cartilagineuse; suintement abondant, polyadénopathie inguinale, cervicale; ganglions épitrochléens; roséole papuleuse généralisée; pas de plaques muqueuses buccales; pâleur du visage et anémie.

Traitement. — Une injection de novarsénobenzol le 3 juin 1913, et ensuite, à une semaine d'intervalle : 0,45, 0,60, 0,75, 0,90. Sirop de Gibert dans l'intervalle des piqûres pendant trente jours sur quarante, jusqu'au 8 décembre 1913.

Sa maîtresse, que nous avons eu l'occasion de voir un mois après le début de l'accident décrit plus haut, a présenté un chancre induré typique de la face interne de la grande lèvre droite et ultérieurement, dans les délais normaux, de la roséole.

Le malade, très scrupuleux, nous avait demandé instamment, avant le traitement par le novarsénobenzol, dont nous ne lui cachions pas les inconvénients et les dangers éventuels, si ce traitement le guérirait. N'ayant pas voulu lui donner cette assurance et lui ayant expliqué que le syphilitique était bien immunisé contre une nouvelle atteinte, dans la règle générale, et ne pouvait espérer obtenir une guérison scientifique, il nous demanda alors, sans nous dire pourquoi, s'il était exposé à contracter de nouveau la maladie. Nous lui donnâmes sinon l'assurance, du moins la probabilité d'une immunité prolongée.

Le 8 décembre 1913, M. D... revient nous trouver, navré : sa maîtressé, mécontente de l'infidélité qui lui avait valu de recevoir la syphilis, l'avait quitté et elle était partie pour Paris. A l'occasion d'un voyage, M. D... a passé quelques jours avec elle à Paris, en septembre 1913. Il a eu des relations multiples alors qu'elle présentait encore des plaques muqueuses. Il était convaincu de ne courir aucun danger de rattraper la maladie que je n'avais pu lui promettre de guérir. Le dernier contact avec cette femme était du 10 septembre 1913. Vers le 1^{er} octobre, il s'est aperçu de l'apparition d'une nouvelle ulcération, ressemblant assez à la première pour qu'il ait fait lui-même le diagnostic. Cette ulcération, siégeant sur le côté droit et au milieu du repli préputial, en un point éloigné du premier chancre et sur une zone où il n'y avait eu préalablement aucun autre accident, est devenue saillante, indurée, et a été diagnostiquée comme étant un chancre syphilitique par un médecin de Paris. Le 15 novembre est apparue une roséole, que nous retrouvons quand nous examinons le malade, le 8 décembre 1913. A cette date, nous constatons une cicatrice indurée cartilagineuse typique au niveau du point décrit : roséole confluyente généralisée papuleuse, couronne de Vénus, plaques muqueuses des amygdales et, fait important, polyadénopathie inguinale énorme, beaucoup plus grosse que celle qui avait accompagné le premier chancre et

incomparablement beaucoup plus volumineuse que les quelques ganglions qui persistaient à la dernière visite du malade le 7 juillet 1913.

Nous avons voulu avoir l'avis de M. le Professeur W. Dubreuilh, pour authentifier en quelque sorte ce cas de réinfection, et notre maître, après examen minutieux du malade, a été d'avis que rien ne permettait de penser à autre chose qu'à une syphilis primaire et secondaire datant de septembre et ne pouvant avoir aucune corrélation avec la syphilis primaire et secondaire que nous avons constatée le 29 mai.

OBSERVATION II (Textuelle).

(In thèse de M. TRIAUD, Bordeaux, 1919.)

M. X..., 32 ans, se présente à nous le 3 juillet 1919 avec un chancre ulcéro-croûteux type occupant toute la moitié gauche de la lèvre inférieure et empiétant sur le menton, de diagnostic si évident que nous le faisons dès son entrée. Il s'agit d'une large ulcération régulièrement ovale, de près de 2 cm. 1/2 de long sur 2 centimètres de large, surélevée, recouverte d'une croûte épaisse, brunâtre, sous laquelle suinte une sérosité très abondante. Le fond est rouge, couleur chair musculaire, lisse, uni; l'ensemble est induré, induration ligneuse. Dans la région sous-maxillaire et sous-mentale, grosse polyadénopathie, avec, en particulier, deux ganglions, du volume d'un gros œuf de pigeon, déformant la région. Présence de tréponèmes à l'ultramicroscope, de même que par la coloration, suivant le procédé de Fontana-Tribondeau. Le malade, instruit de notre diagnostic, et très documenté sur la syphilis, nous déclare qu'il ne peut s'agir d'un chancre induré, puisque, tout dernièrement, en juin 1918, il a déjà contracté la syphilis et que, d'autre part, il n'a eu aucun contact féminin, même par simple baiser, depuis cette époque.

Il nous raconte alors son histoire. En juin 1918, il a présenté un chancre induré du gland avec adénopathie typique, diagnostiqué par le Docteur Rivollet. Le Professeur Nicolas l'a vu et l'a traité soit personnellement, soit avec le Docteur Rivollet, par 0 g. 45, 0 g. 60,

0 g. 75, 0 g. 90 de novarsénobenzol. Puis, un mois et demi après, par 0 g. 60, 0 g. 75 et 0 g. 90. La roséole n'est apparue, non plus qu'aucun accident spécifique. Un mois après la dernière injection de novarsénobenzol, X... se fait faire une injection par semaine d'huile grise à la dose de 0 g. 09 à 0 g. 10 pendant huit semaines et recommencer des séries de huit semaines d'huile grise après huit semaines de repos, jusqu'en décembre 1918. A ce moment, on lui fait deux cures de 15 piqûres d'hectargyre et il prend de l'iode de potassium. Ce cas nous a paru tellement typique que nous avons désiré le faire authentifier par le Professeur W. Dubreuilh, qui a porté le même diagnostic de chancre induré de la lèvre et du menton et nous a répondu qu'il avait également la conviction qu'il s'agissait là d'un cas authentique de réinfection, que nulle autre lésion syphilitique de même aspect clinique ne pouvait d'ailleurs présenter un nombre si abondant de tréponèmes que ceux qu'il venait de constater à l'ultramicroscope. L'étiologie de ce chancre confirme bien le diagnostic, car si M. X... n'a eu aucun contact féminin depuis près d'un an, il se rappelle fort bien, avec date corroborée par ses déplacements militaires, qu'une vingtaine de jours avant l'apparition de l'ulcération de la lèvre, contrairement à toutes ses habitudes, étant en déplacement et n'ayant pas son rasoir, il s'est fait raser chez un coiffeur, dans une ville d'Algérie, deux jours de suite.

OBSERVATION III.

(Prof. PETGES, P. LE COULANT et A. PETGES, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 22 nov. 1929.)

M. B... (Henri).

Ce malade, âgé de 44 ans, est hospitalisé le 10 octobre 1929 à la clinique dermatologique pour deux chancres indurés typiques.

Or, une première fois déjà, en 1909, pendant son service militaire, il a eu un chancre induré du sillon balano-préputial, pour lequel il lui fut fait des injections quotidiennes d'un sel mercuriel, et ceci, d'après le malade, pendant sept mois.

Malgré ce traitement, trois mois après le début de l'accident primi-

tif, il présenta des lésions ulcéreuses sur tout le corps, et dont il persiste les cicatrices aux contours circonscrits sur les avant-bras, les bras, le thorax et les jambes. Après un mois de repos, il se fait pratiquer chez lui une série de 12 injections d'un produit dont il ne se rappelle pas le nom.

A cette époque, c'est-à-dire presque un an après le chancre, il présente des croûtes dans le nez. Il n'oppose qu'un seul traitement local antiseptique.

En peu de temps, les deux joues, la lèvre supérieure, la partie droite du front, le menton, sont tapissés de croûtes épaisses reposant sur des ulcérations creuses. Le nez est détruit en quelques mois, les fosses nasales sont béantes. Il est donc impossible de nier des accidents gommeux en présence de semblables cicatrices et de ne pas parler de syphilis mutilante. Il vient en 1911 à Bordeaux (un an et demi après le chancre), où il est traité dans le service du Professeur Sabrazès, qui lui aurait fait 13 injections intraveineuses de 606. Dès la troisième injection, la cicatrisation des lésions était presque complète. Il existe une cicatrice de la partie antérieure droite du cuir chevelu due à un essai infructueux de greffe pratiqué il y a cinq ans sur la demande du malade.

Le 10 octobre 1929, le malade se présente à la consultation pour deux chancres indurés caractéristiques.

Ce sont deux lésions lenticulaires, rouge rosé, du sillon balano-préputial, en plateau, de consistance cartonneuse, suintant une sérosité abondante, accompagnées d'une polyadénopathie inguinale bilatérale, dure, indolente, sans périadénite. Ces deux chancres siègent en des points différents de la première inoculation, comme en témoigne la cicatrice encore visible. L'examen ultramicroscopique de la sérosité d'une des lésions montre de nombreux tréponèmes. La réaction de Hecht-Sabrazès est fortement positive.

Avec le Professeur Petges, nous pensons qu'il s'agit d'une réinfection. Dix-huit ans séparent les dernières manifestations de la première syphilis du début de la seconde. De plus, un traitement a été institué. Nous regrettons que, pendant cette longue période, quelques réactions de Bordet-Wassermann n'aient pas été pratiquées, ce qui aurait très probablement renforcé notre idée de réinfection.

Le facteur temps a joué ici un rôle important à côté du facteur traitement.

Pour les dernières lésions, nous ne parlerons pas du chancre redux ni de syphilide chancriforme, ces lésions présentant des signes indubitables d'une syphilis primaire.

OBSERVATION IV (Inédite).

(M. le Professeur PETGES.)

M. D..., 40 ans.

Le 19 avril 1920, ce malade se présente à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, à Paris, porteur d'un chancre induré du sillon balano-préputial.

Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée à Saint-Louis est positive, alors que le même jour, à l'Institut Pasteur, elle est négative.

Depuis, il y a suivi un traitement continué par le 914, l'huile grise, le benzoate de mercure, le cyanure de mercure, le quinby.

A part un B.-W. positif le 25 juillet 1920, toutes les réactions restent négatives depuis cette époque.

Le 20 juin 1928, *B.-W. négatif*.

Le 2 juillet 1928, le malade présente, au niveau de la racine du frein, une érosion reposant sur un plateau propre, suintant abondamment et accompagnée de deux autres petites lésions analogues, en plateau, situées dans le sillon balano-préputial. L'induration est nette, cartilagineuse. Il y a un gros ganglion inguinal gauche, et l'examen de la sérosité à l'ultramicroscope montre de nombreux tréponèmes.

Le B.-W. est négatif le 2 juillet 1928.

Quelques injections de sulfarsénol et de solmuth cicatrisent rapidement le chancre.

Depuis cette époque, le traitement est régulièrement suivi et toutes les réactions de Bordet-Wassermann restent négatives.

La réinfection, ici, ne fait aucun doute. Nous devons accepter, pour la première infection, un diagnostic posé par les

spécialistes de l'Hôpital Saint-Louis. Nous trouvons ensuite les conditions principales de la réinfection, depuis le traitement, les réactions de Bordet-Wassermann négatives, la longue période qui sépare les deux infections, jusqu'à l'authenticité de la deuxième syphilis, avec tous ses caractères classiques. Ce serait un abus de langage que de parler de chancre redux huit ans après la première infection et de syphilide chancriforme avec de tels caractères et un Bordet-Wassermann négatif au moment de l'éclosion des nouvelles lésions.

OBSERVATION V (Inédite).

(M. le Docteur LECOULANT.)

M^{me} M., 42 ans.

Cette malade a été traitée pendant la guerre pour plaques muqueuses avec une réaction de Bordet-Wassermann positive. Depuis cinq ans, elle est sans traitement, lorsque, le 9 décembre 1929, elle se présente au dispensaire de prophylaxie à Bordeaux. Son *B.-W.* est négatif.

Le 11 décembre 1929, elle est hospitalisée à la Salubrité pour accident primitif de la grande lèvre gauche.

Son *B.-W.* est positif.

Jusqu'en avril 1930, elle subit un traitement mixte avec du 914, d'ailleurs mal supporté, du quinby et de l'arsaminol.

Il est à noter que pendant les cinq ans d'interruption de traitement toutes les réactions de *B.-W.* sont restées négatives.

On ne doit pas attacher seulement son attention à l'étude du chancre ou des syphilis primaires. Quoiqu'en période secondaire les guérisons soient plus longues à obtenir, les observations existent cependant de malades réinfectés après guérison d'une syphilis secondaire. L'observation précédente en est un cas. L'authenticité de la première syphilis n'est pas ici à mettre en doute puisqu'il s'agit de plaques muqueuses avec un *B.-W.* positif, non plus que celle de la

deuxième infection. Ce qui nous semble avoir une grosse importance, c'est le passage de la négativité à la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann, qui, pendant de nombreuses années et jusqu'à deux jours avant l'hospitalisation de la malade, est restée négative. Nous pensons encore être en présence d'une réinfection.

OBSERVATION VI (Inédite).

(M. le Professeur PETGES.)

M. V..., 31 ans, se présente le 29 février 1928 à la consultation du Professeur Petges pour un chancre induré situé dans la région dorsale du sillon balano-préputial. Le chancre est apparu il y a une huitaine de jours environ. Il s'accompagne d'une grosse adéno-pathie et présente de nombreux tréponèmes à l'examen microscopique de la sérosité.

La réaction de Hecht est négative.

On commence un traitement au novarsénobenzol à doses croissantes, et du 29 février au 2 mai le malade reçoit une dose totale de 6 g. 30 de novarsénobenzol.

Le 23 mars, la réaction de Hecht est négative.

Du 9 mai au 29 juin, on fait des injections bihebdomadaires de Quinby. Le 9 mai, 1 cc.; le 14 mai, 2 cc.; puis, ensuite, 3 cc. à chaque injection.

Le 18 juillet 1928, la réaction de Hecht est négative.

Du 18 juillet au 27 août, on fait des injections bihebdomadaires et à doses croissantes de sulfarsénol par voie sous-cutanée, représentant un total de 5 g. 02.

Le 19 novembre 1928, la réaction de Hecht est négative.

Le 21 novembre, sulfarsénol sous-cutané, 0 g. 06.

Le 23 novembre, sulfarsénol sous-cutané, 0 g. 12.

Le 26 novembre 1928, le malade se présente à nouveau à la consultation du Professeur Petges pour un deuxième chancre induré. Ce chancre est apparu le 23 au soir. Il siège dans la région du frein alors que le premier se trouvait à la face dorsale du sillon balano-

préputial. Il s'accompagne d'une volumineuse adénopathie inguinale, et l'examen à l'ultramicroscope décèle de nombreux tréponèmes dans la sérosité. Les deux derniers rapports datent d'il y a quinze jours et un mois.

La réaction de Hecht est négative le 26 novembre.

On commence immédiatement un traitement au 914. Depuis cette époque, le malade suit un traitement régulier et toutes les réactions de Bordet-Wassermann restent négatives.

Nous ne nous arrêtons pas à discuter cette observation. Elle remplit toutes les conditions exigibles pour être une réinfection authentique. Le diagnostic précis de la première infection; un traitement intensif commencé à la période présérologique; la période d'incubation du deuxième chancre; ses caractères classiques; l'adénopathie qui l'accompagne et la présence de tréponèmes à l'examen microscopique; toutes les réactions de Bordet-Wassermann sont restées négatives. L'observation ne peut être discutée que sur un point : c'est le temps relativement court (neuf mois) qui s'est passé entre l'apparition des deux chancres. Mais n'oublions pas qu'il n'y a pas que des maladies, il y a aussi des malades, et tel ou tel syphilitique peut être stérilisé par un traitement qui, chez un autre, serait complètement insuffisant. Nous pensons qu'il en est de même chez ce malade, et s'il a contracté une deuxième syphilis c'est qu'il était guéri de la première.

Il nous semble superflu de faire le diagnostic différentiel de la deuxième lésion avec le chancre redux et la syphilide chancriforme, la localisation du deuxième chancre étant différente de celle du premier, et cette lésion présente tous les caractères d'un accident primaire.

OBSERVATION VII (Inédite).

(M. le Professeur agrégé JOULIA.)

M. L., 25 ans.

Le 20 août 1926, ce malade est hospitalisé à l'Hôpital militaire

de Limoges pour un accident primitif avec présence de tréponèmes.
La réaction de Hecht est négative.

Un traitement est commencé trois jours après l'apparition du chancre.

Depuis cette époque jusqu'au 1^{er} octobre 1929, il a reçu une série de cyanure de Hg, deux séries de 914, trois séries de 15 piqûres d'énésol et trois séries de 15 piqûres de bismuth.

Le 15 mai 1927, *le Hecht est négatif.*

Le 1^{er} octobre 1929, le malade se présente au dispensaire. Il est en pleine syphilis secondaire, avec une roséole un peu pâlie, des plaques muqueuses des lèvres et des amygdales. Il n'y a pas de traces de chancre, mais ce malade présente toutes les atteintes d'une syphilis récente avec polyadénopathie inguinale, cervicale et épitrochléenne très marquée.

Il est immédiatement traité par du cyanure de mercure puis par du novarsénobenzol.

Dans cette observation, nous trouvons le meilleur certificat que l'on puisse donner à la réinfection : c'est l'évolution de la deuxième infection. Nous nous trouvons en effet en présence d'une syphilis secondaire qui n'appartient certainement pas à la première infection, qui date de plus de trois ans. Nous sommes donc vraisemblablement encore en présence d'un cas de réinfection syphilitique.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(M. le Docteur MAGIMEL.)

M. K...

En juin 1927, ce malade est hospitalisé dans le service de vénéréologie pour chancres indurés du prépuce. Sa conjointe est également hospitalisée dans le service.

A cette époque, *le Hecht est positif.*

Du 21 juin au 5 août, il reçoit du 914 à doses croissantes représentant un poids total de 5 g. 40.

Le 5 août, on prescrit : pilules de Ricord n° 60.

Le 30 septembre, le *Hecht* est négatif.

Du 7 octobre au 25 novembre, 4 g. 50 de N. A. B.

Le 9 décembre, *Hecht négatif* et *Vernes* = 0.

On prescrit : pilules de Ricord n° 60.

Du 27 janvier au 3 avril 1928, 5 g. 55 de N. A. B.

Le 4 mai 1928, *Hecht négatif*.

On prescrit : pilules de Ricord n° 60.

Le 10 août 1928, *Hecht négatif*.

Le 3 octobre 1928, *Hecht négatif*.

On prescrit : pilules de Ricord n° 60.

Du 23 novembre au 27 février 1929, on lui fait des injections intramusculaires de sels de bismuth.

7 ampoules de quinby, et 7 ampoules de muthanol.

Le 16 mars 1929, *Hecht négatif*.

Le 27 avril, on prescrit : pilules de Ricord n° 60.

Le 11 juin 1929, *Hecht négatif*.

Le 29 juin : pilules de Ricord n° 60.

Le 21 août, *Hecht négatif*.

Le 25 octobre, *Hecht négatif*.

Le 6 novembre 1929, le malade revient avec deux chancres indurés du prépuce apparus il y a une semaine environ. Ils s'accompagnent d'une adénopathie inguinale discrète, et l'examen de la sérosité à l'ultramicroscope décèle des tréponèmes. Le coït infectant est difficile à situer. Ces chancres, aux dires du malade, ne se trouvent pas au même endroit que la première lésion.

Le Hecht est négatif.

Depuis cette époque, le traitement est bien suivi et tous les Bordet-Wassermann restent négatifs.

Que pouvons-nous discuter dans cette observation? Ne remplit-elle pas toutes les conditions de la réinfection précédemment énumérées, sauf la date incertaine du coït suspect. A part un Hecht positif au début de la première infection, dix autres réactions pratiquées en deux ans restent négatives. Nous pensons qu'il s'agit d'un cas de réinfection.

OBSERVATION IX (Inédite).

(M. le Professeur PETGES.)

M. J..., 18 ans.

Ce malade se présente au dispensaire le 20 janvier 1920. Il est porteur d'une vaste ulcération ayant débuté il y a un mois, huit jours après contact. Cette ulcération occupe tout le frein, qui est rongé, et elle s'étend en nappe sur le prépuce. L'érosion est assez nettement limitée; elle est à bord grisâtres et surélevés, le fond en est rouge et suinte abondamment. L'induration est assez nette. Présence d'adénopathie dans les deux aines, surtout à gauche. Présence de ganglions épitrochléens. Il n'y a ni roséole ni plaques muqueuses.

Le B.-W est positif.

Traitement :

Du 27 janvier au 23 mars, 3 g. 90 de N. A. B.

Le 20 avril, pilules de Ricord n° 60.

Du 1^{er} juin au 29 juin, 3 grammes de N. A. B.

Le 2 juillet, pilules de Ricord n° 60.

Le 31 août, pilules de Ricord n° 60.

Le 28 septembre, pilules de Ricord n° 60.

Du 1^{er} mars 1921 au 8 mai 1921, 4 g. 50 de N. A. B.

Le 4 octobre 1921, *B.-W. négatif.*

Le 11 octobre 1921, pilules de Ricord n° 30.

Du 15 novembre au 27 décembre, 4 g. 05 de N. A. B.

Le 27 décembre, pilules de Ricord n° 60.

Le 28 mars 1922, *B.-W. négatif.*

Les 4 et 11 avril, huile grise (0,06).

Les 18 et 25 avril, huile grise (0,08).

Le 15 janvier 1924, le malade revient du régiment où il a reçu deux séries de 914.

Le B.-W. est négatif par deux fois.

Le 15 janvier 1924, *B.-W. négatif.*

Le 3 juin 1924, *B.-W. négatif.*

Le 2 septembre 1924, *B.-W. négatif.*

Le 6 janvier 1925, on commence un traitement de sécurité.

Du 6 janvier au 10 mars 1925, 5 g. 70 de N. A. B.

Le 5 mai 1925, *B.-W. faiblement positif.*

Le 12 mai 1925, *B.-W. négatif.*

Le 4 août 1925, *B.-W. négatif.*

Le 3 novembre 1925, *B.-W. négatif.*

Le 5 janvier 1926, *B.-W. négatif.*

Le 9 mars 1926, *B.-W. négatif.*

Le 23 mars 1926, on fait N. A. B. (0,30 pour réactivation).

Le 6 avril, *B.-W. négatif.*

Le 27 juillet, *B.-W. négatif.*

Le 28 décembre, *B.-W. négatif.*

Le 27 septembre 1927, *B.-W. négatif.*

Le 4 octobre 1927, on fait N. A. B. (0,30 pour réactivation).

Le 10 avril 1928, *B.-W. négatif.*

Le 6 novembre 1928, *B.-W. négatif.*

Le 9 septembre 1930, *B.-W. négatif.*

Le 17 septembre 1930, le malade revient au dispensaire. Il est porteur d'une couronne de chancres indurés situés dans le sillon balano-préputial et sur le reflet préputial. Ces chancres sont apparus il y a une dizaine de jours, mais le malade ne peut situer exactement le contact suspect. Il y a une adénopathie inguinale, et l'examen à l'ultramicroscope décèle des tréponèmes dans la sérosité.

Le B.-W. est positif.

Depuis le 17 septembre, le malade est traité par du 914.

Cette observation nous frappe par la grande quantité de réactions de Bordet-Wassermann qui ont été pratiquées chez ce malade. 21 réactions ont été faites du 20 janvier 1920 au 9 septembre 1930. La première était positive, mais à part une réaction faiblement positive, qui nous semble douteuse, le 5 mai 1927, toutes sont restées négatives, même après deux réactivations faites en 1926 et 1927.

Une vingt-deuxième réaction est faite, le 17 septembre, au moment de la deuxième infection, et elle est positive. Nous

avons déjà insisté précédemment sur l'importance du passage de la réaction négative à la réaction positive.

A côté de cette série de Bordet-Wassermann, nous trouvons un facteur important d'authenticité, qui est « le temps », puisque près de onze ans séparent les deux véroles.

S'il faut admettre que le facteur temps a un rôle égal à celui du traitement, dans le cas de ce malade nous sommes doublement assuré de sa guérison, car le traitement a été intensif et régulièrement suivi.

Des deux infections, ni l'une ni l'autre ne peuvent être mises en doute, et bien que dans la première il n'y ait pas eu de recherche microscopique, nous croyons la clinique suffisante pour affirmer le diagnostic. Le Bordet-Wassermann est d'ailleurs positif. Dans la deuxième infection, toutes les conditions sont réunies, à part la date exacte du contact contaminant, mais nous avons déjà signalé la difficulté que le malade a quelquefois à situer un contact suspect.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

(4043) M. C..., 40 ans, est atteint, en juin 1914, d'un chancre induré. Il est traité par des injections intrafessières de benzoate de mercure, puis d'Enésol jusqu'à la mobilisation, et ensuite par des pilules de protoiodure prises de temps à autre. En 1915, il reçoit à diverses reprises 60 injections intrafessières d'Enésol; en 1916, trois séries de 10 injections de benzoate de mercure; en 1917, 20 injections de benzoate de mercure, 3 injections de galyl à 0,30, et, un mois après, 20 autres injections de benzoate de mercure; en 1928, 20 injections de benzoate de mercure et 6 injections de novarsénobenzol à 0,30 et 0,45; en 1919, 6 injections d'huile grise et 6 injections d'arsénobenzol (606) de 0,30. Un mois avant ces injections de 606, sa réaction de Hecht, pratiquée à l'Institut Pasteur à Paris, était positive.

M. C... vient me consulter, le 23 octobre 1920, parce qu'il souffre

de la tête depuis des années, dit-il, ce qui l'a incité à aller de temps à autre demander un traitement à des médecins variés, et ce qui a abouti au traitement incoordonné et insuffisant indiqué ci-dessus. Il s'agit d'un homme grand, robuste, très bien constitué, et ne présentant aucun signe de syphilis cutanée, muqueuse, viscérale, nerveuse, etc. La réaction de Hecht (Dr Mougneau) est nettement positive (+ + +).

Il reçoit, après une série de 15 injections de cyanure de mercure, un traitement novarsénobenzolé par voie intraveineuse, 2 injections par semaine de 0,15 à 0,30, et ensuite une injection par semaine pour les doses de 0,45 à 0,90, qui est répétée quatre fois. Quinze jours après la dernière injection, un traitement mixte avec 0,02 de biiodure de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium est conseillé avec des alternances de un mois sur deux, avec des absences prévues par le malade. Il disparaît pendant sept ans et revient me consulter le 2 avril 1928, n'ayant suivi aucun traitement depuis 1921. Il revient un peu inquiet parce qu'il est dans un état d'impuissance génitale presque complète depuis un an ou un an et demi. Il ne présente aucun signe de syphilis nerveuse et en particulier de tabes incipiens.

Très pris par ses affaires et très négligent, il a suivi, de mai 1928 à octobre 1929, deux traitements, alternés mois par mois, nous a-t-il dit, d'une préparation mercurielle spécialisée. La réaction de Hecht, pratiquée le 22 mai 1928 et le 26 août 1929, est négative.

Le 1^{er} octobre 1929, je revois le malade dans les conditions suivantes. Il m'est envoyé par le professeur agrégé Joulia, chez lequel il a été adressé en mon absence pendant les vacances et qui a constaté, il y a deux jours, que M. C... était porteur d'un chancre induré caractéristique du bord ciliaire de la paupière supérieure droite avec présence très marquée de tréponèmes. Le même diagnostic avait été fait le 25 septembre, c'est-à-dire six jours avant, par le docteur Fromaget, ophtalmologiste. Le malade raconte que la lésion est apparue il y a sept à huit jours, dix jours au plus, et qu'il ne peut en aucune façon en expliquer l'origine. A l'examen, il s'agit d'une petite lésion croûteuse siégeant à l'endroit indiqué, en plateau ovalaire de 3 millimètres sur 2 millimètres environ, suintant

un liquide séreux et nettement indurée. Il existe une grosse adénopathie sous-maxillaire bilatérale plus accentuée à droite qu'à gauche. La réaction de Hecht est négative avec le sang prélevé le 1^{er} octobre. J'ai recommandé au malade de n'appliquer aucun traitement local et il a guéri après une quatrième injection de sulfarsénol par voie sous-cutanée de 0,12 à 0,30 et 4 injections de cyanure de mercure. Le traitement est continué jusqu'à 0,72, répété deux fois, et l'adénopathie a disparu en grande partie de même que les traces du chancre au cours de ce traitement.

OBSERVATION XI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

(4989) M. J..., 30 ans, a contracté, en juillet 1918, aux armées, un chancre induré, du sillon balano-préputial qui a motivé son évacuation sur l'hôpital Bégin, à Paris, alors que les accidents secondaires avaient déjà paru et que la réaction de Hecht était fortement positive. Il a subi un traitement combiné de novarsénobenzol et de cyanure de mercure avec un total de 6 grammes de novarsénobenzol et de 25 injections de cyanure. Ce genre de traitement est renouvelé jusqu'en mai 1921.

M. J... vient me consulter le 3 décembre 1921. A ce moment, il ne présente aucun signe de syphilis, et la réaction de Hecht est négative. Malgré cela, comme il désire se marier dans les meilleures conditions, il est soumis à des alternances de cure de pilules de Ricord et de sulfarsénol par voie sous-cutanée à la dose de 0,06 à 0,66, avec un total de 6 grammes. Il reçoit deux cures de sulfarsénol en 1922 ainsi qu'en 1923 et six cures d'un mois de chacune de ces deux années de pilules de Ricord ou d'hectargyre Naline. Sa réaction de Hecht se maintient négative jusqu'en mars 1924.

Le 13 mars 1924, M. J... se présente porteur d'une ulcération du méat urinaire, rouge vif, formant un plateau sur le côté droit du méat et se prolongeant jusque dans la fosse naviculaire, suintant abondamment une rosée séreuse et nettement indurée. Présence de tréponèmes dans la rosée séreuse.

Le malade s'est aperçu de l'existence de cette grosseur depuis dix-huit à vingt jours, et en voyage l'avait soignée comme un chancre mou sur les conseils d'un médecin. Il existe une polyadénopathie inguinale bilatérale ayant tous les caractères d'une adénopathie syphilitique, alors que, antérieurement, nous ne l'avions pas constatée chez lui à ce degré. La réaction de Hecht est nettement positive (+ + +) dans le sang prélevé le 13 mars.

M. J... raconte qu'il a eu des relations avec une femme inconnue de lui rencontrée dans un café-concert à Paris une vingtaine de jours avant qu'il se soit aperçu de l'éclosion de ce chancre.

Les choses se sont passées dans ce cas comme s'il s'agissait d'une réinfection, puisque, après une incubation normale, est survenu un chancre induré caractéristique avec présence de tréponèmes, avec polyadénopathie consécutive dans les délais habituels, avec, enfin, passage d'une réaction de Hecht, qui était négative en novembre et depuis plusieurs années, à l'état positif (+ + +) trois semaines environ après le début du chancre. Il eût été intéressant de voir si la roséole prévue surviendrait dans les délais habituels, mais il était plus important de tâcher de stériliser le malade à nouveau, et il a été mis en traitement aussitôt que le diagnostic a été établi.

OBSERVATION XII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

M. B..., 20 ans, se présente le 12 juillet 1929 à la consultation de M. le Professeur Petges. Il est porteur d'un chancre apparu il y a un mois, et situé sur la face dorsale du fourreau. Ce chancre a la dimension d'une pièce de cinquante centimes et s'accompagne d'une adénopathie inguinale bilatérale.

La réaction de Hecht est positive (+ + + +). On commence immédiatement un traitement au novarsénobenzol et à doses croissantes, et, du 12 juillet au 28 août 1929, le malade reçoit en sept piqûres une dose totale de 4 gr. 65 de 914.

Le 27 septembre, la réaction de Hecht est négative, de même que le 2 octobre. Mais, à cette date, le malade présente des syphilides palmaires. On commence une nouvelle série de novarsénobenzol; on fait, le 2 octobre, 0 g. 15, le 9 octobre, 0,30, le 11 octobre, 0,45.

Le 14 octobre, on commence des sels de bismuth, et le malade reçoit, le 14 octobre, 1/2 ampoule de quinby soluble par voie intramusculaire et le 21 octobre, une ampoule.

Le 21 octobre, le malade part au Maroc faire son service militaire, et, du 21 octobre à la fin du mois de novembre, il reste sans traitement. Fin novembre, il rentre à l'hôpital militaire de Rabat pour otite grippale et reçoit 20 injections de cyanure de mercure par voie intraveineuse. Il passe en février 1930 aux vénériens, où il reçoit une série de novarsénobenzol allant jusqu'à la dose de 1 g. 05. La réaction de Hecht est négative.

En juillet-août 1930, on lui fait une nouvelle série de 914 allant jusqu'à la dose de 0 g. 75. Depuis cette époque, il n'a reçu aucun traitement.

Il revient le 17 novembre à la consultation de M. le Professeur Petges. Il est porteur de deux érosions datant de dix à douze jours, et survenues un mois après un rapport qu'il a eu à Paris. Ces lésions, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, oblongues, sans bords, rouges, suintantes, centrées par une tache opaline, sont indurées et se trouvent à un endroit différent du premier chancre. Présence du signe du volet. Polyadénopathie inguinale gauche non douloureuse, et dont le malade vient de s'apercevoir. Présence de tréponèmes à l'ultramicroscope dans la sérosité de ces chancres, qui offrent le type du chancre en cocarde.

La réaction de Hecht est positive et le Vernes est à 35. Pas de roséole; pas de plaques muqueuses buccales; la gorge est un peu rouge. Pas de ganglions épitrochléens.

Le malade présente une érosion de la marge de l'anus, rouge, brillant, mais à bords découpés, déchiquetés.

On commence immédiatement un traitement combiné de novarsénobenzol et de bismuth.

Nous avons tenu à avoir l'avis de M. le Professeur Petges au sujet de ce malade. Il s'agit, dit-il d'une réinfection authenti-

que. La deuxième syphilis présente tous les caractères d'une syphilis primaire, et quelqu'un ne connaissant pas l'histoire de ce malade pose immédiatement le diagnostic d'accident primitif en voyant cette deuxième lésion.

Le malade a reçu un traitement suffisant pour blanchir son organisme, et nous voyons les réactions sérologiques devenir positives puisque le Vernes n'est qu'à 35 dans les délais réguliers après l'apparition du chancre, qui, lui-même, a eu une incubation normale. Nous croyons donc encore être en présence d'un cas de réinfection syphilitique.

CHAPITRE III

LA REINFECTION EN COURS DE TRAITEMENT

A côté de la réinfection se produisant après un traitement, soit immédiatement, soit après un temps très variable, il existe un cas particulier où une deuxième syphilis fait éclosion au cours même du traitement. C'est un fait assez rare et d'allure paradoxale.

Pour que nous puissions donner le nom de réinfection à un pareil cas, il faudra réunir les conditions de la réinfection et qu'en plus, au moment de la contamination, pendant l'incubation et au moment de l'apparition du second chancre, le malade reçoive une médication antisypilitique.

Pathogénie.

Il y a guérison de la première syphilis : c'est donc que le traitement antérieur a été suffisant pour blanchir l'organisme. Il y a réinfection en cours de traitement : c'est qu'il n'a pas suffi à empêcher le développement d'une nouvelle syphilis ou que les nouveaux tréponèmes n'ont pas été sensibles à la thérapeutique.

En d'autres termes, nous dirons que le traitement, que nous pouvons qualifier de prophylactique, a été sans action ou qu'il y a résistance des tréponèmes à tel ou tel médicament antisypilitique.

Le traitement prophylactique.

Conseillé par les uns, déconseillé par d'autres, le traitement prophylactique ne jouit pas, en général, d'une grande faveur. Cette divergence d'idées vient probablement des résultats qu'il a donnés, bons dans un cas, mauvais dans l'autre. Les trois médicaments classiques : mercure, bismuth et arsenic, ont été employés.

Le mercure doit agir directement sur les tréponèmes pour les détruire; le tréponème peut pulluler dans l'épiderme, si au point et au moment où il y est déposé il ne s'y trouve pas de mercure. Sa valeur prophylactique est donc minime : le cas des mineurs d'Almaden est classique, ils sont tous entachés d'hydrargyrisme chronique, saturés de mercure, et, malgré cela, ils contractent la syphilis.

Quant au bismuth, sa puissance préventive ne paraît pas très forte, il suffit de s'en rapporter à l'observation suivante, relatée par M. Marcel Pinard, dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie* de septembre 1927, page 745.

OBSERVATION XIII (*In extenso*).

M. C... (Fernand), 37 ans, vient consulter à l'Hôpital Cochin, le 2 juillet 1927, pour une minime ulcération siégeant au niveau du filet. Cette érosion est de la grosseur d'un grain de blé, infiltrée, sans bord, à fond propre, couleur chair musculaire, ayant, en somme, tous les caractères d'un accident primitif. Adénopathie bilatérale syphiloïde et présence de tréponèmes dans la sérosité du chancre.

Réaction de Hecht négative.

Cette érosion existerait depuis cinq jours et aurait débuté environ trois semaines après un rapport suspect.

En 1920, le malade présenta des manifestations morbides (asthénie, bourdonnements d'oreilles, crises cérébrales, consistant en

perte de l'intelligence et de la mémoire). Il alla consulter à l'Hôpital de la Pitié, et il fut traité par le gardénal. Un examen sérologique pratiqué alors fut négatif. A la fin de mai 1927, le malade retourne à la Pitié. Il est examiné par M. Clovis Vincent, qui ordonne de continuer le gardénal et prescrit, en outre, une série de piqûres de bismuth. Le malade reçoit, de fin mai 1927 au 2 juillet, date à laquelle il consulte pour son chancre, 12 piqûres de quinby.

Par la suite, il fut traité par le 914, et dès le début de la seconde série les troubles nerveux disparurent.

Voici donc un malade qui s'expose à la contagion alors qu'il est en plein traitement bismuthique, ce qui n'empêche pas l'éclosion d'un chancre syphilitique typique. Ceci nous incite à ne pas employer le bismuth dans un traitement prophylactique, car son action est trop lente.

A l'arsenic seul, administré par voie intraveineuse, et non par voie buccale, et surtout au 914, il faut reconnaître un pouvoir prophylactique suffisant.

Avant d'instituer le traitement, nous nous assurerons qu'il y a eu contamination. Nous traiterons ensuite le malade énergiquement, non pas par 2 ou 3 piqûres, mais au moins pas une série de 8 à 9 piqûres, terminée par de hautes doses. De petites doses n'ont, en effet, aucune action et ne font que retarder l'apparition de l'infection. Mais, quand la contamination n'est pas certaine, laissons l'accident primitif apparaître — si toutefois il doit apparaître — nous ne risquons rien, puisque nous serons assez tôt à le soigner. Nous avons souvent affaire à des syphilophobes. Ainsi, au lieu du doute, dans lequel serait notre patient si nous le traitions préventivement, nous aurons, au bout de quelques jours sans traitement, une certitude, qui sera l'éclosion ou la non-éclosion d'une syphilis.

Bénéficions donc de ce doute, et, à part quelques cas où la contamination est certaine, n'administrons aucune thérapeutique préventive. Nous pensons que ces traitements

dirigés contre une maladie qui ne s'est pas encore déclarée et qui n'est même qu'éventuelle doivent être, en général, bannis de nos méthodes thérapeutiques de la syphilis.

Résistance aux médicaments.

Cette résistance des tréponèmes à un ou plusieurs médicaments antisypilitiques ne doit pas être niée, car de nombreux cas sont publiés. Tous les degrés de résistance peuvent être observés, depuis la résistance larvée, qui est assez fréquente et passe inaperçue, jusqu'à la résistance totale, qui, elle, est rare.

Du mercure, du bismuth et de l'arsenic, ce dernier est le médicament auquel résistent le plus souvent les tréponèmes. L'arséno-résistance larvée est une des formes qu'il faut le mieux connaître. Il arrive que, sous l'influence d'un traitement au 914, l'accident initial disparaît lentement mais complètement, que, quelques jours après la dernière injection, apparaissent de nouvelles lésions en évolution et que ces dernières ne soient que peu influencées par un traitement arsenical. C'est un cas de résistance larvée. Le 914 a suffi à maintenir le malade sans lésions visibles pendant quelque temps, mais n'a pas empêché l'infection de se manifester peu après par des poussées évolutives.

A côté de ces cas d'arséno-récidives, il y a des cas où l'accident pour lequel vient le malade n'est pas modifié par le traitement; bien mieux, il n'est pas exceptionnel de voir apparaître des lésions nouvelles (elles, totalement insensibles à l'arsenic), alors que le malade a déjà reçu une dose importante de médicament. Cette arséno-résistance est le plus souvent acquise et d'apparition secondaire; elle est quelquefois due à un traitement d'attaque irrégulièrement suivi. Plus rarement, il s'agit d'une arséno-résistance d'emblée.

Il y a un troisième cas où l'arsenic, à chaque injection, semble donner un coup de fouet à la lésion. C'est l'arséno-activation.

A quoi pouvons-nous attribuer l'arséno-résistance ? On a d'abord incriminé le médicament. Mais cette hypothèse ne suffit pas, car si l'arsenic reste inefficace dans certains cas, il fait merveille dans d'autres. Depuis quelques années, les accidents dus au 914 sont beaucoup moins fréquents qu'autrefois, et il semble qu'il y ait une coïncidence entre la disparition de ces accidents et la recrudescence des arséno-résistances. En diminuant la toxicité, on aurait diminué l'activité, et si le médicament est devenu peu organatrophe, ne serait-il pas devenu aussi peu parasitotrophe ? Cependant, nombreux sont les malades chez qui l'action du 914 continue à être aussi manifeste qu'autrefois. Il s'agirait donc d'une diminution de la constance d'efficacité plutôt qu'une diminution d'action de ce médicament.

A côté du médicament, il y a le terrain et le germe, mais il est, en général, impossible de séparer ce qui revient au tréponème de ce qui revient à l'organisme.

Le terrain a-t-il changé ? Cette explication ne semble pas acceptable, car ce n'est pas en quelques années qu'un changement de cette importance, même survenu héréditairement par mithridatisation à l'arsenic, aurait pu se faire. De nombreux arséno-résistants sont trop âgés pour que leurs parents aient pu être traités à l'arsenic. Chaque sujet a sa façon de réagir à un médicament donné sans qu'il y ait eu le moindre changement dans le terrain. Aussi il est probable que l'organisme joue dans l'arséno-résistance un rôle assez important à côté du germe. Pour étudier le rôle du germe, il est nécessaire de rechercher comment se comportent les tréponèmes du contamineur et du contaminé. Les quelques enquêtes qui ont été faites ont permis dans certains cas, de constater une arséno-résistance bilatérale. M. Gougerot cite l'observation d'un malade qui, guéri par l'arsenic, puis non traité et négligent, est devenu arséno-résistant secondaire et a donné à sa maîtresse une syphilis d'emblée arséno-résistante. Il faut ici accuser le tréponème.

A côté de l'arséno-résistance, il faut citer des cas de

bismutho-résistance et d'hydrargyro-résistance. Il existe également des cas de pluri-résistance, c'est-à-dire des cas de syphilis résistant à la fois à l'arsenic et au mercure, plus rarement à l'arsenic et au bismuth, et exceptionnellement aux trois médicaments à la fois.

Diagnostic différentiel.

Dans la réinfection en cours de traitement, le diagnostic différentiel entre la réinfection et la pseudo-réinfection a une très grande importance. Nous pouvons, en effet, nous trouver en présence d'une syphilis primitive devenue secondairement arséno-résistante, par exemple. Des lésions secondaires vont apparaître, simulant en tous points un deuxième accident primitif. Pour peu qu'il y ait eu un contact dans les délais normaux, nous serons immédiatement portés à qualifier de réinfection ce qui ne sera qu'une pseudo-réinfection et à parler d'une deuxième syphilis arséno-résistante alors qu'elle n'existe pas.

L'étude minutieuse de l'infection, de son traitement et de son évolution pourra seule nous faire faire le diagnostic et nous obligera cependant à faire des réserves.

Nous ne reviendrons pas sur les différences qui existent entre les lésions de pseudo-réinfection et de réinfection pure, les ayant exposées dans un chapitre précédent, de même que la différence théorique entre la réinfection et la superinfection.

OBSERVATION XIV (Inédite).

(M. le Professeur PETGES et M. le Professeur agrégé JOULIA.)

M. D..., 22 ans, manœuvre.

Vient au dispensaire de prophylaxie à Bordeaux le 8 juin 1921; il est porteur d'un chancre induré typique du fourreau avec polyadénopathie inguinale, datant de un mois à un mois et demi.

Traitement :

8 juin 1921 : Novarsénobenzol, 0,15;
13 juin 1921 : Novarsénobenzol, 0,30;
16 juin 1921 : Novarsénobenzol, 0,45;
22 juin 1921 : Novarsénobenzol, 0,60.

Le malade cesse de venir à cause d'accès de paludisme.

Il revient le 2 août 1921, et on reprend le traitement au N.A.B.

2 août 1921 : N. A. B., 0,15;
9 août 1921 : N. A. B., 0,30;
16 août 1921 : N. A. B., 0,45.
23 août 1921 : N. A. B., 0,60;
30 août 1921 : N. A. B., 0,75;
6 septembre : N. A. B., 0,90.

Après cette injection, céphalée nocturne. On continue le traitement.

13 septembre : N. A. B., 0,90;
20 septembre : N. A. B., 0,90;
4 octobre : N. A. B., 0,90.

La réaction de B.-W. est négative.

Le malade a reçu au total 7 g. 35 de N. A. B. en quatre mois.

Le 4 octobre, le malade est porteur d'un nouveau chancre datant de quinze jours et survenu un mois après contact. Chancre induré typique de la dimension d'un pois siégeant sur le reflet préputial, à un endroit différent du premier chancre, qui, lui, se trouvait sur le fourreau. Polyadénopathie et présence de tréponèmes.

Traitement : Du 12 octobre au 9 novembre, on pratique 15 injections de CyHg à 0,01.

Le 9 novembre, le chancre est très dur, cartilagineux. Il a été à peine influencé par ces 15 injections de CyHg.

On fait alors, le 9 novembre, N. A. B., 0,15; le 15 novembre, N. A. B., 0,30.

Le malade ne peut décalotter entièrement à cause d'une bride fibreuse de la partie antérieure du limbe préputial. Sur le gland,

près du méat, au niveau du frein et à son voisinage, multiples érosions de dimensions variables, allant d'un grain de mil à un pois. Ces ulcérations, douloureuses au contact, sont arrondies ou ovales, rouges, suintantes, avec une sérosité claire; elles sont assez nettement indurées. Pas de roséole. Gorge rouge, mais pas de plaques muqueuses.

Le B.-W. est positif.

Le 22 novembre, N. A. B., 0,45.

On décide de faire du calomel, à la dose de 0,05.

Le 25 novembre, calomel, 0,05.

Le 29 novembre, N. A. B., 0,75.

La prise de calomel a été très douloureuse, le malade a encore de la difficulté pour marcher et il a dû cesser son travail. Les plaques muqueuses du prépuce sont en voie de cicatrisation.

Le 6 décembre, N. A. B., 0,90.

Les accidents secondaires sont complètement cicatrisés. A travers le prépuce phimotique, on sent très nettement l'induration du chancre comme un mince cartilage.

Le 13 décembre, N. A. B., 0,90;

Le 20 décembre, N. A. B., 0,90.

Tout est cicatrisé, le malade décalotte parfaitement. L'induration du chancre reste nettement palpable.

Le B.-W. est positif.

Le malade étant obligé de s'absenter, on prescrit :

Pilules de protoiodure n° 60.

Il revient le 14 février 1922, présentant depuis huit jours, sur le gland, deux érosions assez nettement lenticulaires, à surface rouge, musculaire, avec induration minime, mais marquée. Sérosité claire, abondante; présence de tréponèmes dans la sérosité.

Le B.-W. est positif.

Il est à noter que le malade n'a pas eu de rapport depuis six mois. On prescrit du sirop de Gibert.

Le 3 mars 1922, les accidents chancriformes vont mieux, sont en partie cicatrisés, mais il y a une balanite intense.

On fait :

- le 3 mars, luatol, 0,10;
- le 7 mars, luatol, 0,10;
- le 10 mars, luatol, 0,10;
- le 14 mars, luatol, 0,10.

Lés accidents sont complètement cicatrisés.

- 17 mars, luatol, 0,10;
- 21 mars, luatol, 0,10.

Léger liséré noirâtre interrompu, surtout marqué au niveau du collet des incisives inférieures. Un peu de gonflement des gencives. Pas de taches noires, ni sur les joues, ni sur la langue, ni sur le voile du palais.

Le 28 mars 1922, luatol, 0,10;

Le 31 mars 1922, luatol, 0, 10.

Le B.-W. est positif.

Le 4 avril 1922. Traitement bien supporté. Stomatite légère. Luatol, 0,20.

Le 11 avril 1922, luatol, 0, 20.

Depuis cette époque, le malade n'a pas été vu.

Dans cette observation, nous sommes en présence d'une première syphilis soignée irrégulièrement puisque le traitement d'attaque au 914 a été interrompu pendant quarante jours.

A la fin de la première série de 7 g. 35 de novarsénobenzol, le Bordet-Wassermann est négatif, mais le malade présente une lésion ayant tous les caractères d'un accident primitif, développée à un endroit différent du premier chancre et survenue un mois après un contact suspect. Le contact suspect a eu lieu alors que le malade était en plein traitement arsenical, et de l'époque du contact à la date d'apparition du chancre le malade a reçu 4 g. 05 de 914.

Cette lésion n'est pas modifiée par 15 injections de cyanure de mercure, ni par quelques injections de novarsénobenzol à faibles doses.

Si de fortes doses finissent par amener une cicatrisation complète, cinq mois après, et alors que le malade n'a pas eu le moindre rapport depuis six mois, apparaissent des lésions ayant le même caractère que les précédentes. Quelques injections de bismuth les cicatrisent rapidement.

Sommes-nous en présence d'une réinfection en cours de traitement, et quels sont les arguments en sa faveur?

- 1° Certitude de l'authenticité de la première syphilis;
- 2° Un contact suspect un mois avant l'apparition du deuxième chancre;
- 3° La localisation différente de celle du premier syphilome;
- 4° Une réaction de Bordet-Wassermann négative quinze jours après l'apparition de la lésion, et devenant positive par la suite.

Mais contre la réinfection et en faveur de la pseudo-réinfection, nous avons :

- 1° Le traitement d'attaque qui a été irrégulièrement suivi;
- 2° Le peu de temps qui sépare les deux accidents;
- 3° L'apparition, au bout de cinq mois, de lésions identiques aux précédentes sans que le malade ait eu le moindre rapport.

Pourquoi admettre dans un cas la réinfection et dans l'autre, cinq mois après, des accidents secondaires? Il est vrai que, dans le premier cas, le sujet a eu un rapport un mois avant l'apparition de la lésion et que, dans le second cas, il n'en a pas eu depuis six mois. Ce contact était-il infectant? Pour l'affirmer, il aurait fallu voir la partenaire.

Devant de tels faits, nous devons faire les plus grandes réserves au sujet de la réinfection en cours de traitement, bien que nous ayons des arguments en sa faveur, et en particulier la séro-réaction négative quinze jours après l'apparition de la lésion, ce qui se voit rarement en cas d'accidents secondaires.

S'il s'agit d'une réinfection, cette seconde syphilis est arséno et hydrargyro-résistante, puisque 15 injections de cyanure ne modifient pas le chancre et que, malgré le traitement arsenical, des accidents secondaires apparaissent au bout de cinq mois.

S'il s'agit de pseudo-réinfection, c'est la syphilis primitive qui est devenue secondairement arséno-résistante, et c'est probablement le traitement d'attaque interrompu qui aurait favorisé cette arséno-résistance.

OBSERVATION XV.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur CAZENAVE.)

M. X..., 38 ans.

Se présente, le 18 juin 1928, avec une syphilis secondaire floride. Le coït infectant date de deux mois (chancre du frein avec tous ses caractères cliniques). La réaction de Hecht est positive le 18 juin.

Le 20 juin, on fait 0 g. 15 de novarsénobenzol. A la suite de cette injection, le malade fait une crise nitritoïde (céphalée occipitale atroce). On cesse le novarsénobenzol et, jusqu'au 7 août, on pratique 18 injections d'acétylarsan. On prescrit en même temps des pilules mercurielles. Le 4 septembre 1928, la réaction de Hecht est négative. Du 7 septembre 1928 au 26 octobre 1928, on fait 18 injections d'acétylarsan et on prescrit en même temps des pilules mercurielles.

Pendant les mois de décembre et janvier, le malade voyage, mais prend régulièrement des pilules de protoïodure de mercure.

Le 2 février 1929, la réaction de Hecht est négative. On fait, du 5 février au 18 avril 1929, 12 injections de solmuth.

Le 30 avril 1930, le malade présente un chancre du sillon balano-préputial à un endroit différent du premier; il est nettement induré; il n'y a pas de tréponèmes à l'ultramicroscope. Microadénopathie à droite. Le malade, qui était resté chaste depuis sa première syphilis, n'a eu qu'un seul rapport quatre semaines avant l'éclosion du deuxième chancre, donc pendant le traitement au solmuth. On fait, le 30 avril, 3 cc. d'acétylarsan; le 6 mai, 3 cc. d'acétylarsan.

On trouve, à cette date, de nombreux tréponèmes dans la sérosité du chancre. Le 8 mai, on fait encore 3 cc. d'acétylarsan.

Le malade est très fatigué; il présente deux plaques muqueuses sur la joue droite. Le chancre ne se modifie pas.

Du 11 mai au 26 juin 1929, on fait du novarsénobenzol par voie intraveineuse et à doses croissantes représentant un total de 4 g. 65. On prescrit en même temps des pilules de protoïodure.

Le traitement est, depuis, régulièrement suivi, et, le 10 septembre 1929, la réaction de Hecht est négative.

Dans cette observation, la première syphilis ne fait aucun doute, puisqu'il s'agit d'une syphilis secondaire floride, non plus que la seconde, où nous réunissons tous les caractères classiques du chancre : la certitude du contact contaminant; la période d'incubation, les examens clinique et microscopique. Le traitement est intensif et mixte; il comprend de l'arsenic, du mercure et du bismuth, et la réaction de Bordet-Wasserman est devenue négative à la suite du traitement.

Nous pensons être en présence d'un cas de réinfection, réinfection se produisant en cours de traitement, puisque le contact contaminant a lieu alors que le malade reçoit des injections de solmuth (deux injections après le contact).

Cette réinfection est due plutôt à une insuffisance du traitement prophylactique qu'à une résistance des nouveaux tréponèmes au bismuth, trop peu d'injections ayant été faites après la contamination.

Cette observation nous montre qu'un traitement prophylactique, pour être efficace, doit être intensif et prolongé et que l'action du bismuth n'est pas assez rapide.

OBSERVATION XVI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DAVID-CHAUSSEE.)

M. D... (Pierre).

Ce malade se présente, le 6 janvier 1926, porteur d'un chancre induré caractéristique siégeant sur la partie médiane du gland et apparu il y a huit jours, trois semaines environ après un contact suspect. L'examen ultramicroscopique pratiqué par le Docteur Mougneau montre des tréponèmes. *Le Bordet-Wassermann est négatif.*

Présence d'adénopathie bilatérale. Pas de ganglions épitrochléens. Le malade est aussitôt mis en traitement, et il reçoit, du 6 janvier au 27 février 1926, 6 g. 30 de rhodarsan intraveineux.

Le 2 mars, *B.-W. négatif*.

Du 21 mars 1926 au 3 juin, nouvelle série de 8 grammes de rhodarsan.

Le 3 juillet 1926, *B.-W. négatif*.

Nouvelle série de novarsénobenzol : 8 grammes.

Le 7 décembre 1926, après deux mois de repos, *B.-W. négatif*.

En décembre 1926 et janvier 1927, le malade reçoit 15 injections de muthanol.

En février 1927, pilules d'hectargyre.

Le 4 mai 1927, *B.-W. négatif* et Vernes (Densité optique) = 0.

A partir du 6 mai 1927, le malade reçoit 2 injections par semaine de 3 centimètres cubes d'acétylarsan.

Le 10 mai, il part en voyage, et, rompant une longue période d'abstinence, il a un rapport suspect.

Le 17 mai, il revient à Bordeaux, reçoit une injection d'acétylarsan, et nous fait remarquer un gros ganglion dans l'aîne gauche. On ne trouve rien à l'examen des organes génitaux. Il reçoit pendant les deux semaines suivantes 4 injections d'acétylarsan.

Le 27 mai, il revient nous voir avec une ulcération dans le sillón balano-préputial, à gauche du frein. Cette lésion a toutes les apparences de l'herpès. On fait une injection d'acétylarsan, et le malade repart en voyage en se contentant de laver sa lésion avec de l'eau blanche et de la poudrer avec de l'ectogan.

Le 10 juin 1927, il revient nous voir, inquiet, parce que la lésion s'est agrandie et que le ganglion inguinal gauche a grossi. Il a fait lui-même le diagnostic : il s'agit bien d'un chancre induré typique. Le Docteur Mougneau trouve de nombreux tréponèmes à l'examen ultramicroscopique.

Le Bordet-Wassermann est légèrement positif; le Vernes est à 25.

On arrête l'acétylarsan et l'on commence un nouveau traitement par le novarsénobenzol intraveineux.

Le 4 juillet, le malade a reçu 0,15, 0,30 et 0,45 de rhodarsan. Le *B.-W* est encore légèrement positif, et le Vernes est à 25.

Le 4 août, avec une nouvelle cure complète de NAB, le B.-W. est redevenu négatif.

Par la suite, le traitement a été poursuivi normalement.

Que trouvons-nous dans cette observation ?

Une première syphilis certaine, soignée très sérieusement, dès la période présérologique, à l'aide d'un traitement mixte; une deuxième infection, diagnostiquée par la clinique et le microscope, ayant été contractée et ayant apparu au cours d'un traitement par l'acétylarsan.

S'agit-il d'une réinfection ? Nous le pensons, à cause du traitement intensif suivi, de la certitude du contact contaminant, de la période d'incubation normale, de la réaction de Bordet-Wassermann devenant légèrement positive dans les délais normaux.

Cette réinfection est due à une insuffisance du traitement prophylactique plutôt qu'à une arséno-résistance des nouveaux tréponèmes. En effet 6 injections de 3 centimètres cubes par voie sous-cutanée d'acétylarsan ont été seulement faites entre le contact contaminant et l'apparition du deuxième chancre, et nous pensons que cette dose est totalement insuffisante pour empêcher le développement de la syphilis.

OBSERVATION XVII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

(11874) M. X..., 25 ans, officier de marine.

Se présente à mon cabinet, le 12 janvier 1929, porteur d'un chancre induré du méat urinaire, en plateau, suintant une sérosité claire et transparente recouvert d'une couenne pseudo-membraneuse. Présence de tréponèmes. Polyadénopathie inguinale caractéristique.

En outre, il existe sur le bord droit et sur la partie droite du dos de la langue, à quelques centimètres de la pointe, deux ulcérations ovalaires de $1/2$ à $3/4$ de centimètre de grand axe, en plateau, rouges, érodées, suintantes et indurées, ayant tous les caractères de deux chancres syphilitiques avec polyadénopathie volumi-

neuse sous-maxillaire. La présence de tréponèmes n'a pas été recherchée tant les lésions ont paru évidentes. Il n'existe pas de ganglions épitrochléens. Le sang prélevé immédiatement a donné une réaction de Hecht fortement positive (+ + + +) (Dr Mougneau). Le malade, très surpris de ce diagnostic, me raconte l'histoire suivante : Ce chancre est survenu au cours d'un deuxième traitement intensif antisyphilitique composé de novarsénobenzol appliqué pour les motifs suivants :

Il a contracté, dans la deuxième quinzaine de juin 1928, un chancre induré de la partie dorsale du sillon balano-préputial, diagnostiqué à l'hôpital maritime de Rochefort le 23 juillet 1928, avec présence de tréponèmes constatée à l'ultra-microscope au laboratoire du même hôpital. Le traitement est commencé le 24 juillet, dix jours environ après le début du chancre, alors que la réaction de Hecht était encore négative, et se compose de 20 injections intraveineuses de cyanure de mercure conjuguées avec une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol formant un total de 7 g. 50 entre le 24 juillet et le 9 septembre 1928. Du 8 octobre au 30 novembre 1928, il reçoit 10 injections de biiodure de mercure et en même temps les doses suivantes de novarsénobenzol. Du 8 octobre au 27 octobre, de 0,30 à 0,75; 0,75 encore le 3 novembre, 0,90 le 10 novembre, 0,90 le 17 novembre, 0,90 le 24 et 0,90 le 30 novembre.

En cours de traitement, le 1^{er} et le 2 novembre, M. X..., qui, depuis le mois de juillet 1928, était resté chaste, de passage à Paris, a des relations avec une professionnelle inconnue de lui, c'est-à-dire entre deux injections de 0,75, l'une le 27 octobre et l'autre le 3 novembre, et le chancre du méat est apparu nettement au malade le 13 décembre, c'est-à-dire quarante jours environ après les relations suspectes, et, chose remarquable, ce chancre est apparu malgré l'administration d'une dose de 0,75 de novarsénobenzol le lendemain et le surlendemain des contacts suspects et aussi malgré des doses de novarsénobenzol de 0,90 le 10 novembre, de 0,90 le 17 novembre, de 0,90 le 24 novembre et de 0,90 le 30 novembre. Tous renseignements qui m'ont été confirmés par un confrère, médecin de la marine, très compétent en la matière.

A noter que le chancre de la première contamination de juin 1928

siégeait, comme il est dit plus haut, sur le sillon balano-préputial, face dorsale, tandis que celui de la nouvelle contamination de novembre 1929 siège, d'une part, au niveau du méat urinaire, et aussi, non sans raison, sous la langue. La réaction de Hecht (Dr Mougneau), faite avec le sang prélevé le 12 janvier, est fortement positive (+ + + +).

Voilà donc un malade qui a eu une première syphilis indéniable ayant débuté par un chancre induré du sillon balano-préputial avec polyadénopathie, qui a suivi un traitement méthodique, intensif et bien conduit, qui, six mois après environ, est atteint de trois chancres syphilitiques indiscutables avec une période d'incubation apparente un peu longue (quarante jours environ), avec apparition d'une polyadénopathie satellite correspondant à la localisation de ces chancres, qui a été infecté en plein traitement par le novarsénobenzol entre deux doses de 0,75, et chez lequel une dose de 0,75 et quatre doses de 0,90 administrées semaine par semaine après la contamination n'ont pas suffi à jouer le rôle de traitement préventif. Nous nous trouvons donc en présence d'un double phénomène : une réinfection d'abord et une arséno-résistance caractérisée.

Le malade, mis en traitement par le quinby, 25 injections de cyanure de mercure, puis une cure de bivatol combinée avec une cure de sulfarsénol, est actuellement dans les meilleures conditions, les chancres ont disparu, la polyadénopathie a rétrocedé et la réaction de Hecht est négative, le 6 avril 1929 et le 30 novembre 1929, après de nouvelles séries de sulfarsénol et de quinby.

Le malade, qui a quitté la France, m'écrit, à la date du 26 octobre 1930, que sa réaction de Hecht, pratiquée quelques jours avant, reste négative. Il a d'ailleurs, depuis, continué le traitement bismuthique et de sulfarsénol.

TRAITEMENT

Qu'il s'agisse de réinfection en cours de traitement ou de pseudo-réinfection, notre ligne de conduite sera la même.

Dans les deux cas, nous sommes en présence d'une résistance de la syphilis à un médicament : résistance de la deuxième infection au médicament qui est administré pendant qu'elle fait éclosion dans le cas de réinfection, ou tout simplement résistance de la syphilis primitive dans la pseudo-réinfection.

Nous devons donc immédiatement changer le médicament et nous verrons, dans la majorité des cas, les lésions se cicatriser et ne plus reparaître.

Ceci est en faveur du traitement mixte, qui, à l'heure actuelle, est de plus en plus employé dans la thérapeutique antisypilitique.

CONCLUSIONS

I. — Il est souvent impossible de différencier la réinfection de la superinfection; c'est toujours difficile, car réinfection signifie guérison de la première syphilis, et c'est justement la guérison de la syphilis que l'on ne peut démontrer.

II. — Cependant, pratiquement, l'existence de la réinfection syphilitique ne peut être mise en doute aujourd'hui.

III. — Elle repose sur les conditions suivantes, nécessaires et suffisantes :

- a) Authenticité de la première syphilis;
- b) Relation de temps classique entre le contact contaminant et l'éclosion du chancre de réinfection, c'est-à-dire incubation normale de la deuxième atteinte de syphilis;
- c) Existence incontestable d'un chancre induré de réinfection;
- d) Apparition des accidents secondaires dans les délais réguliers et de forme classique. Cette condition, quand elle existe, est le meilleur certificat que l'on puisse donner à la réinfection.

IV. — La réinfection s'observe surtout quand la première atteinte de syphilis a été l'objet d'un traitement intensif commencé à la période présérologique ou tout au début de l'infection et répété par la suite; la réaction de Bordet-Wassermann étant toujours restée négative à la suite de ces traitements.

La réinfection s'observe également quand le facteur temps a favorisé l'action d'un traitement même peu intense.

V. — A côté de la réinfection après traitement, il existe des cas de réinfection en cours de traitement, rares, il est vrai, liés :

- a) soit à une insuffisance du traitement prophylactique;
- b) soit à une résistance des tréponèmes à un ou plusieurs médicaments antisypilitiques, le plus souvent à l'arsenic.

VI. — Il est quelquefois difficile de séparer ces cas de réinfection de la pseudo-réinfection.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

G. PETGES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 19 novembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARÈNE. — Un cas de réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1923, p. 152.
- ARNON. — Les critères de la guérison de la syphilis. Thèse Paris, 1929.
- ARMUZZI. — La superinfezione sifilitica sperimentale nell animale. *Giorn. Ital. di Dermat. et Sifil.*, juin 1928, p. 381.
- ARZT. — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1923, p. 204.
- BALBI. — Superinfezione sifilitica sperimentale dell uomo. *Giorn. Ital. di Dermat. et sifil.*, juin 1928, p. 447.
- BELGODÈRE. — Peut-on avoir deux fois la vérole? *Bruxelles médical*, 18 juill. 1926.
- BELGODÈRE. — Peut-on avoir deux fois la vérole? *Bruxelles médical*, 18 juill. 1926.
- BERNARD (R.). — Réinfection syphilitique. Pseudo-réinfection. Superinfection. *Bruxelles médical*, 14 et 21 nov. 1926; 1927, p. 71 et 103.
- Rapport sur la réinfection syphilitique, la pseudo-réinfection, la superinfection. *Ann. des mal. vénér.*, 1926, p. 697.
- Sur la syphilis d'aujourd'hui, ses attitudes et ses caprices. *Bruxelles médical*, 7 oct. 1928, p. 1602.
- BERNUCCI. — Nota su di alcune provedi superinfezione sifilitica su cute sana et su cicatrici. *Giorn. Ital. di Dermat. et Sifil.*, juin 1928, p. 518.
- BIZARD. — Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1583.
- BOGDANOW. — Trois cas de réinfection syphilitique. *Acta Dermat. vénér.*, 1923, p. 115.

- BONNET. — Sur la fréquence actuelle des syphilis arséno-résistantes. *Lyon médical*, 4 sept. 1927.
- BREYER. — Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1583.
- BROCQ et FERNET. — Accidents simulant des réinfections après un traitement par le salvarsan et le mercure. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1911, p. 343.
- CAPPELLI. — Contribution expérimentale à l'étude de la superinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1927, p. 127.
- CARLE (M.). — Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1583.
- Données nouvelles sur les réinfections des syphilitiques. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1923, p. 204.
- Superinfection et réinfection dans la syphilis. *Journ. de méd. de Lyon*, nov. 1927.
- Superinfection et réinfection dans la syphilis. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1928, p. 200.
- Rapport sur la réinfection syphilitique, la pseudo-réinfection, la superinfection. *Ann. des mal. vénér.*, 1926, p. 704.
- Réinfection syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, 1923, p. 702.
- COLLET (Médecin-major). — Pseudo-réinfection. Superinfection. *Bruxelles médical*, 1925, p. 953.
- DEKEYSER. — Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1584.
- DRÉVON. — Récidives syphilitiques après emploi du salvarsan à la période secondaire. Thèse Montpellier, 1911.
- DUBOIS. — Syphilis contractée au cours d'un traitement à la tryparamide. *Bruxelles médical*, 3 nov. 1929, p. 10.
- DUPUYLATAT DE LAVIERGNE. — Réinfection syphilitique. Thèse Paris, 1913.
- EMERY. — Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1584.
- FERNET. — Persistance d'accidents secondaires contagieux chez un syphilitique longuement traité par le 914. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1919, p. 81.
- FLANDRIN. — Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1584.

GOUGEROT et FERNET. — Réinfection syphilitique après traitement bismuthique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1923, p. 75.

— Syphilis arséno-récidivantes et arséno-résistantes avec exacerbation de l'éruption à chaque injection d'arsenic (réaction de résistance). Guérison rapide par le bismuth. *Ann. des mal. vénér.*, 1924, p. 502.

GUIBERT. — Sur un cas d'arséno et hydrargyro-résistance cédant au traitement par le bismuth. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1922, p. 126.

HASHIMOTO. — Recherches expérimentales sur la superinfection syphilitique chez l'homme. *Ann. des mal. vénér.*, 1923, p. 920.

HECHT. — Ein Beitrag zur Reinfectio Syphilitica. *Derm. Zeitung.*, avril 1919.

HUDELO et RABUT. — Accident chancreiforme avec sérologie négative après un traitement par le tréponème. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, juill. 1923, p. 313.

— Récidives secondaires et accidents chancreiformes chez des syphilitiques traités. *Presse médicale*, 1924, n° 73.

IVANOW. — Un cas singulier de réinfection syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, 1924, p. 741.

JEANSELME et BRUNIER. — Syphilis primaire et secondaire polyrésistance vis-à-vis des trois médications : arsenic, mercure et bismuth. Guérison par des sels d'or (crisalbine). *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, n° 9, 1927, p. 895.

KROM (L.). — Contribution à la casuistique de la superinfection précoce dans la syphilis. *Ann. de dermat. et syphil.*, févr. 1929, p. 223.

LACAPÈRE et GALLIOT. — Réinfection syphilitique chez un malade traité par une injection de 606. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, juill. 1919, p. 238.

LAGAGE. — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1923, p. 204.

— Syphilis. Guérison et réinfection. *Ann. des mal. vénér.*, nov. 1921, p. 685.

LE DUFF. — De la réinfection dans la syphilis. Thèse Paris, 1907.

- LENGLET et SOURDEAU. — Syphilome chancreux ou chancre de réinfection. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1909, p. 203.
- LÉONARD. — La réinfection syphilitique est-elle possible? *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1925, p. 593.
- LESSER. — Quelques cas intéressants de réinfection syphilitique. *Presse médicale*, 1922, n° 6.
- LÉVY (G.). — Réinfection syphilitique après un traitement extrêmement écourté. *Réun. Dermat. de Strasbourg*, 14 nov. 1926, p. 759.)
- LÉVY (G.) et CHAUMEREAU-LAMOTHE. — Un nouveau cas de réinfection syphilitique. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, févr. 1926.
- LÉVY-BING et R. BARTHÉLEMY. — Sur la réinfection. *Ann. des mal. vénér.*, oct. 1930.
- LIPSKÉROFF. — La réinfection, la réinduration et la superinfection dans la syphilis. *Ann. des mal. vénér.*, 1925, p. 130.
- Un cas de réinfection syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, 1926, p. 288.
- LORTAT-JACOB. — Association d'arséno-résistance et de négativité du Bordet-Wassermann au cours d'une syphilis récente. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1928, p. 899.
- LOUIS. — La réinfection syphilitique. Thèse Paris, 1923.
- MAC CORMAC. — Chancre redux with negative provocative test. *Proceedings of The Royal Soc. of Med.*, févr. 1928, p. 680.
- MAY (R.). — Un nouveau cas de réinfection syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, 1924, p. 888.
- METCHERSKY (G.). — Was Lehren uns die fälle von Reinfektion syphilitica. *Derm. Wochensch.*, 1924, p. 901; *Ann. de Dermat. et syphil.*, 1927, p. 125.
- METCHERSKY et BOGDANOW. — Experimental study of superinfection in syphilis. *Urologic and cutaneous Review*, avril 1928.
- MILIAN. — Réinfection syphilitique. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1910, p. 83.
- MILIAN et LAFOURCADE. — Un cas de réinfection syphilitique. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1925, p. 415.

- Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1583.
- MINASSIAN. — Trois cas de réinfection syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, 1923, p. 63.
- MONTPELLIER. — Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1584.
- MORHARDT. — Réinfection, superinfection et allergie dans la syphilis. *Presse médicale*, 13 mars 1929.
- MOURADIAN. — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1923, p. 204.
- MURERO. — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1923, p. 204.
- NELSON. — Syphilitic Reinfection. *Ohio State Med. Journ.*, 1^{er} nov. 1919.
- NICOLAS et LACASSAGNE. — Syphilis arséno-résistantes. *Marseille médical*, mars 1928.
- Les syphilis arséno-résistantes. Etude clinique et pathogénique. Dédutions pratiques. *Presse médicale*, 16 avril 1930.
- NICOLAU et BLUMENTHAL. — Un cas de réinfection syphilitique après traitement bismuthique exclusif commencé en période secondaire. *Ann. des mal. vénér.*, mars 1928.
- NYSENS. — Contribution à l'étude de quelques cas d'arséno-résistance. *Bruxelles médical*, 15 avril 1922.
- OLTRAMARE. — Dix-neuf cas de réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1923, p. 203.
- Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1583.
- ORPHANIDÈS. — Troisième chancre syphilitique de réinfection. Contribution à l'étude de la réinfection. *Ann. des mal. vénér.*, mai 1928.
- Reviviscence *in situ* du chancre. Sa signification. *Paris médical*, 14 janv. 1922.
- PARET. — Réinfection syphilitique. Thèse Montpellier, 1920.
- PAROUNAGIAN. — Syphilitic réinfection. *New-York Acad. of. Med.*, 6 févr. 1923.
- Congénital syphilis with recently acquired syphilis. *New York Acad. of. Med.*, 4 oct. 1923.

- PETGES (G.), LECOULANT et PETGES (A.). — Un cas de réinfection syphilitique. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 22 déc. 1929, p. 811.
- PETGES (G.) et LÉONARD. — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1925, p. 542.
- PICCARDI. — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1924, p. 115; *Bruxelles médical*, 1926, p. 1584.
- PICCARDI et BRUNETTI. — Observations et expériences de réinfection syphilitique chez l'homme. *Giorn. Ital. de dermat. et sifil.* 5 oct. 1928, p. 1438.
- PINARD (M.). — Immunité dans la syphilis. Superinfection et réinfection syphilitiques. Thèse Paris, 1909.
- Réinfection syphilitique. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1584.
 - Contamination syphilitique au cours d'une série de 914 n'ayant pas atteint les grosses doses. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1929, p. 460.
 - Rapport sur la réinfection syphilitique. La pseudo-réinfection, la superinfection. *Ann. des mal. vénér.*, 1926, p. 702.
 - Superinfection syphilitique. Nouveau chancre suivi d'accidents secondaires. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 10 juill. 1919.
 - Apparition, après un traitement arsenical intense, de syphilides érosives psoriasiformes. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, janv. 1929, p. 34.
 - Apparition d'un chancre syphilitique chez un malade traité par le bismuth avant la contamination et pendant l'incubation. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1927, p. 745.
- POIRIER. — Réinfection syphilitique et tabes. *Bruxelles médical*, 1926, p. 665.
- QUEYRAT. — Discussion sur les réinfections syphilitiques. *Bruxelles médical*, 1926, p. 1583.
- RAVAUT (P.). — Récidive *in situ* d'un chancre syphilitique sous forme de syphilide chancriforme vingt jours après la fin d'un traitement par le salvarsan et le mercure. Confusion

possible avec une réinfection. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1913, p. 716.

— Réinfection syphilitique. *Bruzelles médical*, 1926, p. 1583.

RENAUT (A.). — Une observation de réinfection syphilitique à la suite d'un traitement mercuriel prolongé suivi de trois séries de 914 administré en lavement. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 26 nov. 1915.

SANZ DE GRADO. — Réinfection syphilitique. *Medicina slera*, déc. 1919.

SCHAMBERG. — A second attack of syphilis two years after the first. Curability of the disease. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, sept. 1919.

SIMON (A.). — Deux récides de chancres syphilitiques dans l'espace de six mois. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1919, p. 333.

TOMMASI — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1924, p. 115.

TRIAUD. — Réinfection syphilitique. Thèse Bordeaux, 1919.

TROUDE. — Un cas de réinfection syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, nov. 1923.

TRUFEL. — La superinfezione sperimentale nella sifilide. *Giorn. Ital. de dermat. et syfil.*, juin 1928.

VALÉRY-RADOT. — Chancres syphilitiques multiples et réinfection après un traitement par le 606. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, juill. 1920, p. 1070.

VORONOFF (D-L.). — Contribution à l'étude de la superinfection syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, 1926, p. 401.

YEROUCHALMI — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, nov. 1921.

ZEISSL. — Réinfection syphilitique. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1923, p. 203.

Congrès de dermatologie et syphiligraphie de Copenhague, août 1930. Analyse dans *Presse médicale*, 8 oct. 1930.

